



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**SALUD MENTAL Y SENSIBILIDAD EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE
ODONTOLOGÍA EN SITUACIÓN DE ALTA Y BAJA EXIGENCIA ACADÉMICA.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**

**AUTORA:
ANA CARLOTA PEREIRA COLLS**

Madrid, Noviembre 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**SALUD MENTAL Y SENSIBILIDAD EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE
ODONTOLOGÍA EN SITUACIÓN DE ALTA Y BAJA EXIGENCIA ACADÉMICA.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del grado de Doctor
en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

Autora: Ana Carlota Pereira Colls,

Directores: Dr. José María Poveda de Agustín

Dra. María del Carmen Sellán Soto

Tutoría: Dr. Reinaldo Enrique Zambrano V.

Madrid, Noviembre 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que **Doña Ana Carlota Pereira Colls**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo:
“SALUD MENTAL Y SENSIBILIDAD EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA EN SITUACIÓN DE ALTA Y BAJA EXIGENCIA ACADÉMICA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA”. Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Noviembre de 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

MARÍA DEL CARMEN SELLÁN SOTO, Profesora del departamento de Cirugía de la
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

CERTIFICO

Que **Doña Ana Carlota Pereira Colls**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo:
**“SALUD MENTAL Y SENSIBILIDAD EMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE
ODONTOLOGÍA EN SITUACIÓN DE ALTA Y BAJA EXIGENCIA ACADÉMICA.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. VENEZUELA”**. Dicho trabajo reúne a mi juicio las
condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Noviembre de 2011

DEDICATORIA

A Irupé y Carlos Osvaldo mi mejor obra de vida.
A Naomi y Camila por darme una nueva razón de vivir
A mi madre, padre, hermanas y familia por ser como son,
es un orgullo formar parte de ella.
A Oscar por formar parte de mis seres más queridos

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Los Andes por darme esta oportunidad. A la Universidad Autónoma de Madrid por hacer accesible la oportunidad. Al Dr. José María Poveda por su empeño en hacer posible este sueño A la Prof. Ingrid Tortolero por invitarme a soñar y a lograrlo.. Al Dr. Jesús Poveda por su apoyo constante incondicional. A la Dra. Carmen Sellán por su asesoría y consejos invalorable. Al Dr. Reinaldo Zambrano por su asesoría, consejos y confianza en mí. A los Profesores Pino Pascussi y Zaratty Gómez por su colaboración incondicional. A mis compañeros de estudio y trabajo de la Facultad de Medicina por su solidaridad. A mis compañeros del Doctorado por compartir la experiencia de formación y especialmente a Alba por todo su apoyo. A las autoridades y profesores de la Facultad de Odontología. A los actores principales de este estudio, los estudiantes de Odontología por su infinita paciencia y disposición a colaborar para beneficio de los que continúan.

A María Antonia y Karen por su inmenso apoyo y afecto.

*“No digas de ningún sentimiento que es pequeño o indigno
No vivimos de otra cosa que de nuestros pobres, hermosos
y magníficos sentimientos,
y cada uno de ellos contra el que cometemos una injusticia
es una estrella que apagamos”*

Hermann Hesse

RESUMEN

La salud mental está sujeto a múltiples factores sociales y familiares esto hace que disminuya la capacidad de respuesta psicológica de las personas y sus potencialidades para mantener el equilibrio en los conflictos convirtiéndose en un problema de salud pública. La presente investigación tiene como objetivo valorar el perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes (ULA) en situaciones de baja y alta exigencia académica. El estudio llevado a cabo es de tipo analítico cuantitativo, de corte longitudinal, de campo y fuentes vivas. La muestra está compuesta por 288 estudiantes: 108 correspondientes a los cursos de primero y tercero año, baja exigencia (BE) para la primera aplicación de los instrumentos de evaluación utilizados: La encuesta sobre el estudio de salud mental de Pastor y Aldegue, que incluye el test de Goldberg (GHQ-28 plus); y la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino. La segunda aplicación la muestra fue de 80 sujetos de los cursos segundo y cuarto año, alta exigencia (AE). Los resultados obtenidos demuestran que el 22,7% fueron considerados positivos ya que puntuaron GHQ-28 >5, los valores ascienden a medida que se avanza en la carrera de forma significativa. Con respecto a los valores obtenidos con la escala de sensibilidad emocional se evidencia que en los años de la carrera predomina la dimensión sensibilidad interpersonal positiva (SIP) con unos valores de 76,7% en BE; y de un 90% en AE, tanto la dimensión Distanciamiento Emocional (DE) y la Sensibilidad Emocional Negativa (SEN) muestran valores bajos. Se confirma la hipótesis de que los estudiantes incrementan sus alteraciones de salud mental, en momentos de BE y AE, y reafirma los beneficios del Programa de Atención Integral al estudiante de odontología, dotándolos de las herramientas para manejar el estrés, fortalecer las emociones en forma positiva y mantener un equilibrio a lo largo de su carrera. Al analizarlos con el modelo integral de Wilber encontramos que los hallazgos no sólo son producto de los factores académicos sino que también se ven influenciados por factores internos de la FAOULA, locales, cultura organizacional y los factores externos, sociales, políticos y culturales relacionados con la situación del país.

Palabras clave: Salud Mental; Sensibilidad Emocional; Estudiantes; Odontología Alta y Baja Exigencia Académica.

ABSTRACT

Mental health is subject to multiple social and family factors which decrease the ability of psychological response of people and their potential to balance the conflicts becoming a public health problem. This research aims to assess the profile of mental health and emotional sensitivity of dental students at the University of Los Andes in low and high academic standards. The study is an analytical quantitative, longitudinal, within field and live sources. A sample of 288 in 1st, 3rd year and a second application of 80 in 2nd and 4th year. The instruments used in the questionnaire Goldberg (GHQ-28 plus) and ESE Guarino. The results show that 22.7% were cases and who scored above 5 on the scale of the GHQ-28 screening, the values drop as the race progresses significantly. With respect to the values obtained with the scale of sensitivity is evident in the three years of study dominated by dimension (SIP) with values of 76.7% in 1st year and 5th year, being higher in the third year 90 , both the ED and the low values SEN samples. This allows concluding that students generally mild alterations in the mental sphere, are sensitive in a positive way at maintaining a balance throughout his career. The findings are due in part to external factors. By analyzing the pattern of Wilber are integral to the findings not only are products of academic factors but also are influenced by internal factors of FAOULA, local, organizational culture and external factors, social, political and cultural issues related to the situation in the country.

Keywords: Mental Health, Emotional Sensitivity; Students; Dentistry.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE GENERAL.....	x
INDICE DE TABLAS	xiii
INDICE DE GRAFICOS.....	xv
INDICE DE FIGURAS.....	xvi
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	17
I. CAPITULO20
I.1 Introducción	20
I.2 Justificación.....	30
I.3 Antecedentes.....	31
I.4 Bases Legales	41
I.5.1 Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela....	41
I.5.2. Ley Orgánica de Salud.....	43
I.5.3 Ley del Ejercicio de la Odontología.....	44
I.5.4 Código de Deontología Odontológica.....	45
I.5.5 La Ética del odontólogo.....	46
I.5.6 Programa de Atención Integral al estudiante de Odontología.....	49
I.6 Glosario	55
II. CAPITULO.....	58
II: MARCO TEÓRICO.....	58
II.1 EL ESTRÉS	61
II.1.3 Estrés y factores estresantes en el ámbito académico.....	62

II.1.4 Síndrome de Burnout.....	67
II.2 LA SALUD MENTAL	69
Conceptualización.....	69
II.2.2 Determinantes de la Salud.....	71
II.2.1.1.3 Teorías sociales de la Salud Social	75
II. 2.2.2 Objetivos del Milenio.....	80
II.2.2.2.3 Metas del Milenio en Venezuela	82
II.2.2.4 Declaración de Caracas.....	85
II.2.2.5 Plan Nacional Simón Bolívar.....	88
II.2.3 Teorías de la Salud Mental.....	91
II.2.3.1 Modelo de los Cuatro Cuadrantes de Ken Wilber	92
II.2.3.2. El Objeto de Estudio.....	99
II.2.3.3 Medición de la Salud Mental.....	103
II.3 INTELIGENCIA EMOCIONAL	104
II.3.1 Conceptualización.....	104
II.3.2 Componentes de la Inteligencia Emocional.....	108
II.3.3 Instrumentos de Medición de la Inteligencia Emocional.....	110
II.3.3.1 Escala de Empatía Médica de Jefferson.....	110
II.3.3.2 Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino.....	111
II.3.3.3. Inventario de Estrategia de Afrontamiento.....	111
II.4 SENSIBILIDAD EMOCIONAL	112
II.4.1. Conceptualización.....	112
II.4.2 Teorías de la Sensibilidad Emocional.....	113
III. CAPITULO: MARCO METODOLÓGICO.....	122
III.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	122
III.1.1 .Objetivo General.....	122
III.1.2 Objetivos Específicos.....	122

III.2	HIPOTÉSIS GENERAL.....	122
III.3	METODOLOGÍA.....	123
III.3.1	Tipo y diseño de Investigación	123
III.3.2	.Población Estudiada.....	123
III.3.3	Procedimiento de recolección de datos.....	123
III.3.4	Variables de estudio.....	125
III.3.5	Métodos e instrumentos.....	126
IV.	CAPITULO: RESULTADOS.....	130
IV 4.1.	Análisis de las variables variable Salud Mental HGQ28-plus en AE y BE	130
IV 4.2.	Análisis de la variable Sensibilidad Emocional en AE y BE.....	141
IV 4.3.	Análisis de necesidad de ayuda psicológica en AE y BE.....	145
IV 4.4.	Análisis de grado de satisfacción con el personal que interactúa en AE y BE.....	151
IV 4.5.	Análisis Correlacional de las variables Salud Mental Y Sensibilidad Emocional en AE y BE.....	152
V.	DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	155
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	166
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
	ANEXOS	184

INDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Media y desviación típica de las sub-escalas del Goldberg según el año de carrera de estudiantes de odontología en situación baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010, U-2008-	130
Tabla 2. Distribución esperada de los estudiantes de odontología positivos al GHQ28 >5 en baja y alta exigencia académica. ULA. Cohortes U-2010 U-2008.....	134
Tabla 3. Media y desviación típica de las sub-escalas de los estudiantes de odontología positivos al Goldberg >5 en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010 y U-2008.....	137
Tabla 4. . Media y desviación típica de las sub-escalas de los estudiantes de odontología negativos al GHQ-28<5 en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010 y U-2008.....	139
Tabla 5. Media y desviación típica de las dimensiones de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de los estudiantes de odontología en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008 y U-2010.....	141
Tabla 6. Media y desviación típica de las dimensiones de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de los estudiantes de odontología negativos al GHQ-28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008 y U-2010	143
Tabla 7. Media y desviación Típica de las dimensiones de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de la cohorte U-2008 y U-2010 de los estudiantes de odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica ULA	144
Tabla 8. Porcentaje de Necesidad de Ayuda Psicológica de los estudiantes de odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010.....	145
Tabla 9. Distribución porcentual de las causas de necesidad de ayuda	

psicológica de los estudiantes de odontología positivos al HGQ-28 en períodos baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010	147
Tabla 10. Necesidad de Ayuda Psicológica de los estudiantes de odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008	148
Tabla 11. Porcentaje de causas para necesitar ayuda psicológica de los estudiantes de odontología positivos HGQ.28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008.....	150
Tabla 12. Media y desviación típica del nivel de satisfacción con los profesores, estudiantes y personal de servicio de los estudiantes de odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010 y U- 2008	151
Tabla 13. Correlación entre el índice GHQ28 y ESE de los estudiantes de odontología en situación de baja exigencia académica. ULA.....	152
Tabla 14. Correlación entre el índice GHQ28 y ESE de los estudiantes de odontología en situación de alta exigencia académica. ULA.....	153

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Distribución normal del índice de Goldberg según año de carrera de estudiantes de Odontología en baja y alta exigencia académica.ULA. U-2010.....	132
Grafico 2. . Distribución normal del índice de Goldberg según año de carrera de estudiantes de Odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. U- U 2008.....	133
Grafico 3. Distribución porcentual según el puntaje total de GHQ-28 >5 de estudiantes de odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. Cohorte U-2010.....	135.
Grafico 4. Distribución porcentual según el puntaje total de estudiantes de odontología positivos al GHQ-28 >5 en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008.....	136
Gráfico 5. Distribución porcentual de los estudiantes de odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica que respondieron SI Necesitan Ayuda Psicológica. ULA. U-2010.....	146
Grafico 6. Distribución porcentual de los estudiantes de odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica que respondieron SI Necesitan Ayuda Psicológica. ULA. U-200.....	149

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Actividades del Programa de Atención Integral de Odontología.....	54
Figura 2. Determinantes de la salud	74
Figura 3. Diagrama de los 7 Hábitos de la Gente Altamente Efectiva.....	92
Figura 4. Modelo de los Cuatro Cuadrantes de Wilber	107

Estructura de la Tesis:

El presente trabajo se estructura para su comprensión en V Capítulos que se describen a continuación:

Capítulo I en el mismo se contempla la Introducción donde se hace un bosquejo de la problemática de la salud mental como problema de salud pública, y se analizan los principales antecedentes de los temas en estudio. La justificación de la investigación las bases legales: Constitución Nacional. Ley Orgánica de Salud. Ley de Ejercicio de la Odontología, Código de Deontología Odontológica, y la Ética del profesional de la Odontología, El Programa de Atención Integral del Estudiante de Odontología, y por último la definición de términos más utilizados y necesarios para su comprensión.

Capítulo II en él se hace una profundización del tema en estudio Estrés, definición y mecanismos de producción del estrés, Factores estresantes. Estrés y factores estresantes en el ámbito académico. Se hace referencia al tema relacionado con el síndrome de Burnout, por su importancia para la salud mental. Se contextualiza la salud mental. Los Determinantes de la Salud. Las políticas macro en Salud Pública, Objetivos del Milenio, metas para Venezuela, La Declaración de Caracas, las políticas públicas de Venezuela: Plan Nacional Simón Bolívar. Además haremos una síntesis del modelo de los cuatro cuadrantes de Ken Wilber y, también señalaremos las teorías de la salud mental. En este mismo capítulo definiremos el objeto de estudio: los estudiantes de la Facultad de Odontología. Así mismo, describiremos los instrumentos de medición utilizados en este estudio: la Encuesta de salud mental de estudiantes universitarios de Pastor y Alderguer. La inteligencia Emocional. Conceptos, componentes, instrumentos de medición. La Sensibilidad Emocional, conceptos, teorías de la sensibilidad emocional

Capítulo III está dedicado al Marco metodológico, describiremos la definición del objetivo general y los objetivos específicos. Hipótesis general. La definición del tipo y diseño de la investigación, universo y muestra. Se hace una descripción detallada de los instrumentos utilizados para la recolección de la información (datos). Cuestionario de Goldberg, (GHQ-28), y la encuesta de salud mental para estudiantes universitarios de Pastor, y Aldeguez et al, para determinar, la, necesidad de ayuda psicológica, modificaciones en su calidad de vida, el cambio de hábitos y estudios y finalmente las expectativas con la carrera y la satisfacción con el personal docente, de servicios y sus compañeros. La Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino y Rogers, como se evalúa, dimensiones de la misma e interpretación. Se realizó en forma adicional una encuesta socio demográfica.

Capítulo IV en el se analizan los resultados obtenidos, caracterización de la muestra de acuerdo a algunas de las variables demográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, becado, ayuda familiar. Correlación entre la variable salud mental y la sensibilidad emocional en dos grupos y en dos situaciones diferentes: Baja exigencia (inicio de clases) y Alta exigencia (época de exámenes)

Los datos fueron tratados estadísticamente con el programa SPSS.17.0. Los estadígrafos utilizados fueron pruebas paramétricas, además se realizan los análisis de correlación de Pearson, Chi cuadrado y T de students.

Capítulo V Se realiza la discusión de los resultados obtenidos, se comprueba la hipótesis planteada. Se concluye este trabajo comparando nuestros datos con los estudios revisados en la bibliografía y se delimitan las conclusiones y recomendaciones para generar una línea de investigación comunitaria que pueda abarcar otras instituciones de formación de recursos humanos, bien de carácter regional y/o nacional, utilizando el tiempo de Servicio Comunitario del estudiante de Educación Superior. Finalmente señalaremos algunas recomendaciones, a partir de

los resultados de nuestro estudio. Dirigidas las mismas a las autoridades de la Facultad de Odontología y retroalimentación para los profesores de la Cátedra de desarrollo humano y del Programa de atención Integral al estudiante, extendiendo este feedback a las demás facultades de ciencias de la salud y comunidad universitaria en general

CAPITULO I.

I.1 INTRODUCCIÓN:

En el devenir de la vida y a lo largo de todas las etapas del desarrollo, los seres humanos de manera consciente o inconsciente, están sometidos a situaciones, que ponen en juego sus mecanismos de defensa para preservar su integridad física y mental. Estas situaciones son, en definitiva, producto de la confluencia de factores de su entorno familiar y social, determinados en última instancia por el modo de vida que adopta la sociedad para satisfacer las necesidades primarias y secundarias de existencia de los seres humanos. (Maslow, 1991).

Esta situación ha evolucionado a través del tiempo, activando un sistema de redes y de apoyo social, a través de los organismos internacionales encargados de velar por la salud de la población mundial, es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de forma regionalizada en el caso de América Latina por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ésta ayuda se concreta en metas como la de Alma-Ata en 1972 de “Salud para todos en el año 2000”, y por la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), producto de la reunión de Ministros de salud de los diferentes países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en la que se definieron las acciones primordiales para mejorar los niveles de salud y calidad de vida de las poblaciones.

La forma como cada país entendió el concepto de atención primaria se evidenció en la diversidad de modelos de atención, de gestión y organización de los servicios de salud adoptados para implantarla, vale la pena destacar que el denominado paquete GOBI por sus siglas en inglés (Grow, Oral Rehidration, Break, Immunizations), es decir, las consultas de crecimiento y desarrollo, las sales de rehidratación oral (SRO), impulsar los programas de lactancia materna, y disminuir las enfermedades inmunoprevenibles con el programa ampliado de inmunizaciones (PAI),

cambió drásticamente la estructura de mortalidad y el perfil epidemiológico de los países en desarrollo. Castellanos (2008).

Este epidemiólogo venezolano, es miembro fundador de la asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), la cual se desarrolla, desde las universidades por la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina. En su campo específico, los grupos ligados a la medicina social desarrollaron sus cuestionamientos en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década. La salud pública también denominada desarrollista, que había sostenido que los efectos del crecimiento económico deberían llevar a un mejoramiento general de la salud, mostró sus limitaciones. Contrariamente a sus postulados, la observación de la realidad latinoamericana mostró un creciente deterioro de la salud pública, a pesar de que las economías latinoamericanas habían tenido un alto y sostenido crecimiento en las décadas anteriores. Los indicadores de salud, como la mortalidad infantil, entre otros, comenzaron a empeorar tras un período de cierta mejoría.

En la mayoría de los países latinoamericanos, la mejoría de estos indicadores fue consecuencia de las transformaciones de las condiciones de vida y trabajo puestas en marcha por las modalidades latinoamericanas del estado del bienestar que precedieron a las propuestas económicas desarrollistas. El estado amplió los derechos de los trabajadores y de los sectores sociales de menores ingresos, lo cual implicó una distribución más equitativa del ingreso a través de los salarios, y el acceso a la educación y a la salud financiado por el Estado a través de los impuestos o la seguridad social. El desarrollo de programas preventivos y de los sistemas de salud financiados con fondos públicos aumentó el acceso de la población al

tratamiento de diferentes enfermedades y, al ser parte de un proceso redistributivo de la riqueza, facilitó la mejoría de los indicadores de salud. Iriart ,C et al 2002.

Este es el ámbito de las políticas y planes de salud. Los problemas aparecen básicamente como la necesidad de decidir entre prioridades, entre ellas los planes de salud; como la necesidad de priorizar entre diferentes grupos de población; como la forma de inserción de los perfiles de salud de la población y del modelo asistencial con los procesos económicos, políticos, demográficos y las condiciones naturales del lugar. Este es el espacio donde suelen definirse las características básicas del modelo asistencial. Castellanos, (1980)

El abordaje de los problemas de salud-enfermedad a este nivel permite identificar las relaciones entre ellos y los modelos económicos, los cambios históricos en los procesos políticos, el impacto de grandes catástrofes básicas, o naturales. Sin embargo, queremos destacar la necesidad de profundizar el desarrollo de herramientas conceptuales, metodológicas y técnicas para la valoración prospectiva de los problemas de salud-enfermedad. En circunstancias como las actuales de América Latina se ha incrementado la necesidad de instrumentos para evaluar el impacto a mediano plazo de las decisiones de hoy, a fin de orientar los juicios sobre ellas con bases más sólidas y fundamentadas. La prospectiva en otros campos ha alcanzado desarrollos considerables que contrastan con el estado aún primitivo de la utilización de la salud. Ello es indispensable además por el hecho de que muchas decisiones de hoy sólo podrán ser evaluadas por sus efectos después de muchos años y mediadas por el impacto de muchos procesos. Castellanos (1990)

Por otra parte, la transición demográfica mundial ha modificado la clasificación de los países desde el punto de vista de la salud pública, y de los indicadores que nos permitían evaluar sus niveles de desarrollo. Esta clasificación tan sencilla como

esclarecedora de San Martín (1960), Molina (1975), citado por Contreras, 2000 señala lo siguiente:

- Países del Tipo I: muy pobres, esperanza de vida al nacer menor de 40 años, elevada morbilidad por enfermedades infecciosas, alta natalidad, deficiente o nulo saneamiento básico, desnutrición por defecto. Solución desde el punto de vista de la salud pública; aumentar la cobertura de inmunizaciones, dotación de agua potable construyendo acueductos, sistema de disposición de excretas, (alcantarillado o cloacas), campañas de vacunación masiva. Alto costo en la inversión inicial, servicios de salud accesible geográficamente y económicamente a la población. (ejemplo: Haití, África, etc.)
- Países del Tipo II: Son aquellos que han mejorado las condiciones de saneamiento básico y disminuido las muertes por enfermedades inmunoprevenibles, con una baja tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida aumenta hasta 65 años, el perfil de morbilidad es a predominio de las enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, enfermedades del corazón, trastornos metabólicos). Solución creación de hospitales, tratamiento costoso y de por vida, educación y prevención de los factores de riesgo identificados: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, accidentes de tránsito, estrés. (países en vías de desarrollo: Cuba, Costa Rica, Chile, Argentina, Venezuela entre otros)
- Países del Tipo III: Una vez superados los problemas anteriores, tienen un excelente ingreso per cápita, esperanza de vida superior a los 78 años, calidad de vida, requieren de la denominada atención primaria en salud (APS) renovada, es decir alta tecnología a nivel ambulatorio, público o privado las principales causas de muerte la depresión, la soledad, el estrés, las drogas, el consumismo, la malnutrición por exceso (obesidad) o los desórdenes alimentarios relacionados con la imagen en los

adolescentes como la bulimia y anorexia, ambos relacionados con la salud mental (ejemplo, países desarrollados: Europa, Estados Unidos, Canadá).

La realidad aquí reflejada permite también asociarlo con la transición demográfica, la población cada vez envejece más y una tasa de crecimiento anual de los países pobres que se duplica en la mitad del tiempo que la de los países desarrollados, la consecuencia es evidente se superponen los perfiles epidemiológicos en un gran mosaico cada vez más difícil de atender por los servicios de salud, dependiendo de los políticos de turno, se disponen de los recursos sin lograr la efectividad deseada sobre la situación de salud. (Contreras, 2000)

Resalta, por lo tanto, que la **salud mental** es producto directo de la influencia de los determinantes sociales de la salud, del sistema de servicios de salud que se tenga y de las decisiones o políticas de salud implementadas por los estados. Esta situación se refleja en los diferentes grupos sociales y los estudiantes universitarios, en general, constituyen una muestra muy sensible de la situación y problemas que enfrenta la sociedad.

Otros autores como Ayerbe y col, (1998) en la UAM, definen la Salud Mental como *“capacidad personal de pensar, sentir y actuar con eficacia para adaptarse y/o modificar el medio cotidiano disfrutando con todo ello”*. P4

Un estudio realizado en Colombia por Restrepo, (2006) hace referencia a la del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos: definió a *“la salud mental como la relación armoniosa y productiva entre el hombre (individuo), el medio ambiente y las instituciones de manera constructiva y tendiente a la justicia y la equidad.”*p,3

Un documento sobre la Política de la Salud y el Bienestar de la Provincia de Quebec en Canadá, elaborado por National Institute of Mental Health (1994), se

hace referencia a la salud mental como la capacidad que puede tener la persona de utilizar las emociones de manera apropiada en sus acciones (afectividad), de establecer los razonamientos que permitan adaptar sus gestos a las circunstancias (cognición) y de relacionarse de manera significativa con su medio ambiente (relacional).citado por Restrepo, (2005)

La Calidad de vida de las personas se encuentra relacionada de una manera indisoluble al estado de bienestar que la persona percibe, su manera de enfrentar las adversidades, conocerse a sí mismo y prevenir su salud en el más amplio sentido, es decir, no sólo la ausencia de enfermedades (OMS, 2005), sino también como el producto de la interrelación equilibrada entre la mente y el cuerpo, el espíritu y el entorno, todo esto nos da idea de la enorme importancia que tiene conocer estos delicados mecanismos, que no siempre son objeto de estudio en los *currículos* de las ciencias de la salud.

Por otra parte, resulta difícil hablar de salud mental sin considerar el entorno social de las personas y las exigencias de vida a las que están sometidas. Al respecto, el Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) expresó: *“El estado de salud mental implica la capacidad del individuo para adaptarse al medio en el cual vive, así como su capacidad de participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones necesarias de su ambiente físico y social”*. Según Hughes, et al (2005) el estado mental es el resultado de las habilidades que cada persona muestra en sus relaciones consigo mismo (habilidades intrapersonales), con su entorno social (habilidades interpersonales) y con su entorno físico de referencia (adaptabilidad, manejo del estrés y resolución de problemas).

Por lo tanto, la salud mental está sujeta a múltiples factores que disminuyen la capacidad resolutoria de las personas para mantener el equilibrio psicológico en los conflictos sociales. Esto ocasiona en la persona sensaciones de malestar psicológico

aflorando emociones como ansiedad, depresión y estrés, todo lo cual repercute negativamente en la consecución de sus objetivos y metas. El propósito de esta investigación es conocer el perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes y su comportamiento en situaciones de alta y baja exigencia académica

No obstante para otros autores como Testa (1998), las carreras de las Ciencias de la Salud implican una función social para la que no han sido preparados y es un choque entre la teoría y la práctica al momento de egresar, esta condición es aún más estresante para los profesionales de la salud ya que la propia sociedad les ha delegado ese liderazgo. Sin embargo, encontramos una situación particular en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) que tiene incluido en su pensum de estudios un Programa de Atención Integral al estudiante de Odontología adscrito a la Cátedra de Desarrollo Humano, sustentado en las múltiples evidencias que existen de investigaciones alrededor del tema de la salud mental de los estudiantes de ciencias de la salud, y en especial, la abundante bibliografía que identifica a los odontólogos como profesionales de alto riesgo en materia de salud mental. La propuesta se incluyó en el cambio curricular a partir del año 2001, incorporando personal especializado psiquiatras, psicólogos y sociólogos, a fin de proveerles de herramientas desarrolladas en asignatura Formación Humana Integral I y II y talleres de autoestima, manejo del estrés, seminarios sobre técnicas de relajación y trabajo con las comunidades y pacientes utilizando técnicas que les permitieron cuestionar la realidad de los valores de cada uno de los estudiantes a lo largo de la carrera desde primero, segundo y cuarto año. Coronado et al (2005).

Como sabemos la tensión puede aumentar por múltiples factores en los estudiantes de educación superior. Una de las principales causas, es el agotamiento mental y nervioso, muy común, a lo largo de sus estudios, donde además se suma el

exceso de trabajo y elementos emotivos que acentúan el agotamiento (García, 2001).

El desempeño de la profesión odontológica, así sea, en una etapa formativa, es afectado por los altos niveles de disturbios psicológicos entre ellos, la ansiedad y la depresión. Al parecer, según Barraza, (2005) las condiciones de trabajo y la falta de una adecuada preparación para enfrentar situaciones de conflicto favorecen la percepción de una vida estresante. Como describimos a continuación.

La naturaleza aislada del trabajo odontológico, los problemas con pacientes y docentes, las demandas económicas y las presiones por cumplir metas, entre otros, constituyen factores propios de la profesión que aumentan la vulnerabilidad de los estudiantes de odontología para desarrollar alteraciones en su salud mental. Barraza, (2005) señala que la falta de una adecuada condición psicológica puede afectar la vida privada del odontólogo lo que se reflejaría, por ejemplo, en una mayor tasa de separaciones matrimoniales, alcoholismo y suicidio que lo que ocurre en otras profesiones.

En el ejercicio de la odontología actual existen factores, a menudo subvalorados, cuyo impacto a través del tiempo, pueden ser trascendentes para el desempeño adecuado en el aspecto laboral y la vida cotidiana del profesional. La experiencia ha demostrado que los niveles de estrés y angustia con los cuales muchos pacientes enfrentan los tratamientos, justificados o no, no dejan indemne al profesional tratante. (Barraza, 2005)

Fodor y De la Parra (2007) mencionaban que hoy en día la relación profesional/paciente es diferente a los tiempos de Hipócrates. En primer lugar, los pacientes ya no son tan “pacientes” manejan un bagaje de información que antes era de un dominio exclusivamente técnico. También expresaban que la irrestricta

confianza de antaño se ha transformado a menudo en una tibia confianza, con cierto recelo y, a veces, en franca desconfianza. Es decir, de una relación paternalista, vertical, descendente, centrada en el profesional se ha pasado a una más horizontal y centrada en el paciente. Si bien, esta relación más democrática tiene muchas ventajas al estar tratando con un paciente menos infantilizado, en numerosas ocasiones, el manejo de esta información sin un filtro profesional adecuado ha contribuido a malos entendidos, disputas y, a veces, judicialización de casos. La observación de medidas higiénicas y el uso de barreras (como guantes, mascarillas, elementos desechables etc.), tienen gran influencia en ciertas actitudes, preguntas y críticas, a menudo, mal resueltas. Esto mismo, no ha dejado indemne la relación profesional / paciente contaminando con temor y desconfianza un vínculo que para funcionar con éxito requiere de apertura y alianzas.

Según Rojas y Misrachi (2004) entre los factores dependientes del odontólogo se cuentan rasgos competitivos, acelerados, irritables y tensos y falta de entrenamiento en el manejo del estrés. Mientras que los factores dependientes de la interacción incluyen: el que el dentista le cause dolor al paciente, o el temor siempre latente de esa posibilidad, inscrito atávicamente en el subconsciente colectivo. Ratifican la importancia de posibles dificultades en la relación terapéutica al atender un paciente en situación de urgencia. Para este mismo autor, las crisis de mayor incidencia y frecuencia son: La falta de comunicación entre el odontólogo y el paciente desde la etapa de estudiante. Se derivan además, conflictos cuando el profesional no da explicaciones accesibles al usuario, no enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no informa del costo y sus posibles variaciones y de la relación riesgo beneficio de la intervención (posibilidades de fracaso y sus consecuencias), también si incurre en inexactitudes, delega sin informar y modificar costos y plazos. Gran parte de los problemas de comunicación, surgen por no considerar que el acto de escuchar difiere del de oír, escuchar es oír, más interpretar, así como mirar no es lo mismo que ver, el ser receptivo a la comunicación verbal y

no verbal es uno de los primeros pasos de una comunicación efectiva que favorece una buena relación terapéutica.

No sólo el estrés tiene repercusiones en la salud mental y física del odontólogo, sino que afecta su interés por el trabajo alejándolo tanto de sus pacientes como de sus compañeros de escolaridad o ya profesional, de sus colegas. Esta situación es la que se conoce como el Síndrome de “*Burnout*” (quemarse). Es así como un odontólogo “quemado” al encontrarse con un paciente ansioso frente a la atención bucal será incapaz de relacionarse y/o ayudar al paciente a sobrellevar su miedo, lo que con frecuencia resulta en un alejamiento del paciente. El profesional que desde la etapa de estudiante es capaz de reconocer las dificultades con pacientes y equipo de salud, está en mejores condiciones para manejar las crisis de índole ocupacional. De igual manera deberá mantenerse alerta y desarrollar habilidades para reconocer la existencia de los factores estresantes en el lugar de trabajo lo que le permitirá prevenir disfunciones que alteren su salud mental.

De allí, la importancia, de establecer como premisa que los estudiantes de odontología enfrenta durante su carrera a factores estresantes en términos del momento del ciclo vital en que se encuentran. La mayoría de los estudiantes de pregrado de odontología está cursando la adolescencia tardía. En esta etapa tienden a emerger, con particular intensidad, algunos problemas de salud mental y emocional que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y ansiedad. También en la adolescencia se acentúan conductas de riesgo como el consumo abusivo y la dependencia a sustancias, así como conductas “antisociales”. Se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad y existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios. Algunas formas de psicosis, como la esquizofrenia, tienden a irrumpir en este momento de la vida (Friedlander y Mahler, 2001; Florenzano, 2005).

I.2 JUSTIFICACIÓN

Representa una oportunidad para la Universidad de Los Andes (ULA), que a través del Convenio establecido con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), en el marco del Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis, permite realizar el abordaje de un tema tan sensible, por lo demás desconocido de una manera integral y con iguales instrumentos constituye en todas las facultades de ciencias de la salud, por sus alcances una fortaleza a la hora de direccionar las acciones a implementar en el diseño y contribuir a fortalecer los programas curriculares, la apertura de carreras que traten esta temática y sobretodo la garantía de brindar programas de apoyo dirigido al bienestar de la comunidad estudiantil.

1. Para la Facultad de Odontología, la reafirmación de que han avanzado en la dirección correcta a través del Programa de Atención Integral al Estudiante de Odontología, tomando en cuenta que es un grupo muy vulnerable de acuerdo con las investigaciones realizadas y consultadas en este trabajo.
2. Desde el punto de vista académico permite poner en práctica los conocimientos obtenidos en el doctorado, generando nuevos enfoques y adecuando los instrumentos a nuestra realidad.
3. En lo científico, constituye la primera aplicación de la encuesta de salud mental y de sensibilidad emocional en la FAOULA, se convierte en una línea de investigación de la Universidad de Los Andes liderizada por el Departamento de Odontología Preventiva Social, y servirá como antecedente de investigaciones futuras que profundicen estos hallazgos, establezcan estudios analíticos y experimentales, si es el caso.

4. En lo político, da respuesta y está en concordancia con las metas planteadas por el Estado Venezolano a alcanzar en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), y plasmadas como estrategia en el Plan Nacional Simón Bolívar 2007-2013.M.PPP (2007).

A continuación describiremos los antecedentes que soportan nuestro trabajo.

I.3 ANTECEDENTES:

Alejano, A., et al (1998) realizaron un estudio en la Universidad Autónoma de Madrid,(UAM) utilizando la encuesta de salud mental de estudiantes universitarios que incluye el Goldberg HGQ-28-plus, compararon el estado de salud mental en estudiantes de 1º y 3º curso de la Facultad de Medicina según sexo y curso, la necesidad de atención psicológica y/o psiquiátrica de los estudiantes antes y durante la carrera y valoraron la posible influencia negativa de las relaciones estudiantes-profesores y de la tensión acumulada en exámenes según su estado mental. Además, valoraron las expectativas de los estudiantes al inicio de la carrera y su grado de cumplimiento, así como, los hábitos personales de consumo de diferentes sustancias. Encontraron que un 45,5% presentan un GHQ-28 positivo, no encontraron diferencias significativas entre las frecuencias para mujeres (47,4%) y hombres (40,8%). Encontraron diferencias significativas entre los cursos de 1º y 3º ($p<0,01$) con los siguientes porcentajes: el 50,8% de los alumnos de 1º dieron GHQ-28 positivo frente a un 30,4% en 3º

Al comparar los resultados de GHQ-28 positivos a lo largo de los últimos 5 años, no encontraron diferencias significativas entre los grupos de 1º pero sí en los de 3º. De los estudiantes que NO habían recibido atención psicológica antes de iniciar la carrera, la gran mayoría (91,4%) continúan sin utilizarla, mientras que de aquellos

que la habían recibido, un 33% la ha necesitado en algún momento de la carrera. Por otra parte, un 10% de los estudiantes que actualmente no utilizan atención psicológica creen que la necesitan. Los estudiantes cuya relación con los profesores les afecta negativamente en su calidad de vida presentaron mayoritariamente (73,9%) un GHQ-28 positivo. Este resultado también se obtiene en aquellos a los que más les afecta el periodo de exámenes (56.6%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo subjetivo y real de café (89% frente al 50%), tabaco (83,8 frente a 16,5), alcohol de baja graduación (68 frente al 36,1), alcohol de alta graduación (22,7 frente a 5,3), cannabis (6.6 frente a 2), cocaína (2,9 frente a 0,4), ansiolíticos (58,4 frente a 7,7).

En Perú, Perales (2003) realizó un estudio en dos universidades con la finalidad de describir y comparar el estado de salud mental en dos poblaciones de estudiantes de medicina: 1.115 matriculados en 1997 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y 508 matriculados en 1998 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. Se utilizó la encuesta de Salud Mental HGQ-28 abreviada. Se hallaron problemas de salud mental en ambas poblaciones en relación a altos niveles de estrés, prevalencia de vida de uso/abuso de cigarrillos y alcohol, conductas disociales y violentas, además de hábitos de vida afectados por las exigencias de los estudios médicos con disminuidas oportunidades de disfrute de entretenimiento social. Destacan en ambas poblaciones problemas de salud mental que se beneficiarían de establecerse programas de intervención orientados al manejo preventivo del estrés. De igual manera, los estudiantes de 5to año presentaron mayores puntuaciones en algunas subescalas como obligaciones de estudio, aspectos relacionados con el paciente y presión de estudio. En conclusión, los estudiantes mostraron un incremento en el cansancio emocional y estrés psicológico desde el 1er al 5to año.

En Argentina, Albanesi, Tifner y Nasetta (2006) investigaron acerca del síndrome de Burnout en odontólogos y estudiantes de la carrera de odontología. Se tomó una muestra de 82 sujetos de los cuales 42 eran odontólogos y 40 estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, o estudios. Se encontró que los estudiantes del último año de la carrera presentaron puntuaciones más elevadas en los factores de cansancio emocional y despersonalización, mientras que en los odontólogos se presentó mayor realización personal en su trabajo.

Carmona, M y Rodríguez, M. (2010) realizaron una investigación con el objetivo de relacionar el sentido de la vida, la inteligencia emocional (IE) y la salud mental en estudiantes de psicología y de ingeniería aeronáutica, analizando las diferencias de estas variables en las dos carreras. La media de las puntuaciones del Purpose of Life Test (PIL) en la muestra total fueron superiores a la media de población general ($p < 0,01$). Los valores del GHQ-28 están dentro de los parámetros de la población general, mientras que existieron diferencias estadísticamente significativas entre algunas subescalas del Inventario del Pensamiento Constructivo (CTI) en la muestra y población general. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre algunas subescalas del CTI, con los valores obtenidos con el PIL y el GHQ-28. Igualmente se encontró diferencias significativas entre las dos carreras en la relación entre algunas subescalas del CTI y del PIL. Los estudiantes encuentran más sentido a la vida que la población general y hay algunas diferencias en inteligencia emocional, con los parámetros de la población general. Parece haber relación de la inteligencia emocional con el sentido de la vida y la salud mental. Se encuentran algunas diferencias, en la relación entre variables entre las dos carreras.

Poveda, et al (2000) realizaron un estudio interdisciplinario ampliado al campo de otras facultades, utilizando para ello el Cuestionario de Salud Mental de estudiantes universitarios Goldberg (HGQ-28) y la Escala de Estresores Universitarios para evaluar el estado de salud mental en estudiantes del 6º curso de Medicina de la UAM, y compararlos con los obtenidos en estudiantes de último curso de las facultades de ingeniería, informática, filosofía y letras. Se evaluó la necesidad objetiva y subjetiva de atención psicológica y/o psiquiátrica en estos grupos y el grado de satisfacción con respecto a su periodo de formación universitaria. También se analizó los factores estresantes de la vida académica y su influencia en estudiantes universitarios. Del mismo modo, se analizaron los hábitos personales y generales de consumo de diferentes sustancias. El tamaño total de la muestra fue de 239 estudiantes, de los cuales 116 cursaban medicina, 63 ingeniería informática y 60 filosofía y letras. Se observó un 14.7% de resultados positivos en el GHQ-28 demostrándose una proporción significativamente menor ($p < 0.01$) respecto a los resultados obtenidos al analizar esta población en años anteriores (GHQ positivos de un 32.2% en alumnos de sexto curso de la UAM en el año 2000. La distribución por sexos atendiendo a la puntuación en el GHQ-28 era de un 11.9% de hombres que presentaban un resultado positivo, frente a un 16.2% de mujeres. No se encontraron diferencias significativas entre sexos. Se analizó el estado de salud mental por separado en los cuatro hospitales docentes de la UAM. Los porcentajes de GHQ-28 positivos observados eran: 7.7% en la Fundación Jiménez Díaz, 11.5% en la Clínica Puerta de Hierro, 16.7% en el Hospital La Paz, y 21.4% en el Hospital Universitario de la Princesa. A pesar de las diferencias observadas no se ha demostrado que éstas fueran estadísticamente significativas.

Los primeros resultados de la investigación de Salud Mental de los Estudiantes Universitarios en la Universidad de Los Andes en Mérida, Venezuela, se exponen a continuación:

Arias, C, (2011), realizó un estudio en Mérida, Venezuela, con el objetivo de relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica. Utilizó el Cuestionario de Goldberg 28 ítems (GHQ28), Determinación de Ayuda psicosocial con el Goldberg plus y la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) validada en Venezuela de Guarino y Rogers. Evaluó a 284 estudiantes de pregrado de la Escuela de Bioanálisis. De los encuestados el 19% eran hombres y 81% mujeres, con una media de edad de 20,4%. La dimensión predominante fue el tipo Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP) con un 61%, seguido por el Distanciamiento Emocional (DE) con un 32% y finalmente un 8% del tipo Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN). Con relación a los resultados del Goldberg el 19,1% dieron positivo, es decir podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de la salud mental. Las personas con predominio de SIP podrían orientarse a seleccionar carreras que les permitan ayudar a otros. Los estudiantes tipo SEN y las mujeres tienen mayor riesgo de padecer alteraciones de la salud mental. Los estudiantes tipo SIP y DE están más conscientes de necesitar ayuda psicoterapéutica, cuando esta es requerida.

Morales, F (2010) realizó una investigación en la ciudad de Valencia, Venezuela cuyo objetivo era evaluar la salud mental, necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos que tiene el estudiante de la Facultad Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, durante el periodo lectivo 1-2010. Estudió a 11.448 estudiantes seleccionados mediante el método probabilístico aleatorio simple representado por un 30% de la población para un total de 833 estudiantes. Utilizó el Goldberg (GHQ28), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en ámbitos no especializados en psiquiatría. En el análisis de los datos, se utilizó el análisis descriptivo comparativo en relación a tres grupos de estudio para evaluar las diferencias observadas en torno a la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos. Se utilizó el estadístico Chi cuadrado. Concluye que una cuarta parte de los estudiantes de la

Facultad de Ciencias de la Educación, objetos de estudio, presentan alteraciones en la salud mental.

Otro de los aspectos a considerar es la Sensibilidad Emocional concebida como una expresión de la reactividad emocional de los individuos, cuyo foco puede estar tanto en las propias emociones como en las de otros. Por ser los trabajos de Leticia Guarino, profesora e investigadora venezolana de la Universidad Simón Bolívar, quién a través de diversas investigaciones relevantes y de gran aporte para el estudio de la variable Sensibilidad Emocional, haremos referencia de manera asidua a sus trabajos a lo largo de nuestro estudio.

En un primer momento Guarino, L. y Roger, D (2005) construyeron y validaron una Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) la cual presentaba dos dimensiones: Sensibilidad Egocéntrica negativa (SEN) y Sensibilidad Interpersonal positiva (SIP). Participaron en la investigación 413 estudiantes de ciclo básico de la Universidad Simón Bolívar, los cuales contestaron un cuestionario autoadministrado, en el que surgió una tercera dimensión a la que llamaron Distanciamiento Emocional (DE).

En otro trabajo Guarino, L., Feldman, L y Roger, D. (2005), estudiaron la diferencia de la sensibilidad emocional entre estudiantes británicos y venezolanos: Realizaron una investigación descriptiva de campo de corte transversal, con el objetivo de comparar los modelos factoriales de la escalas en inglés (2 factores) y en español (3 factores) para comparar la expresión de la sensibilidad entre dos grupos culturalmente diferentes. Se tomaron dos (2) muestras seleccionadas al azar, 242 estudiantes británicos y 413 estudiantes venezolanos. Los estudiantes británicos obtuvieron resultados más elevados tanto en la sensibilidad negativa como en la positiva. En las comparaciones utilizando la “t de student”, no existen diferencias significativas para ninguno de los dos grupos en los hombres, mientras que para las

mujeres si se encontró una diferencia relevante en la sensibilidad negativa, siendo las británicas las que mostraron mayor puntaje. Citado por Silva, (2010).

Posteriormente Herrera, V y Guarino, L (2008), profundizando en el tema y en el comportamiento de otros actores exploraron las posibles relaciones entre el estrés, la sensibilidad emocional, el afrontamiento y la salud percibida en cadetes de la Escuela Naval de Venezuela, participaron 130 cadetes (31 mujeres y 99 hombres) a quienes se evaluó su grado de estrés, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional, con el objeto de establecer la relación de estas variables con su salud. El instrumento utilizado la escala de sensibilidad emocional (ESE) y la escala de situaciones de estrés de (The Hassles Scale Kanner, Coyne, Shafaer & Lazarus 1981) citada por (Guarino, L; Herrera V). Los resultados apoyan hallazgos previos sobre la relación positiva del estrés y el deterioro en la salud percibida de los cadetes. Igualmente, se encontró una relación significativa entre la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN) y las dimensiones del estrés, sugiriendo que las personas con esta característica perciben más situaciones estresantes y en forma más intensa.

Rincón L, Guarino L (2005) en otra una investigación cuyo objetivo fue predecir los síntomas físicos y psicológicos percibidos de médicos venezolanos, en función del estrés laboral, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional. La muestra estuvo conformada por 130 médicos que trabajan en unidades críticas de hospitales públicos, quienes participaron de manera voluntaria. Utilizaron la lista de chequeo del Estado de Salud, y la escala de sensibilidad emocional (ESE). Los médicos obtuvieron bajos puntajes en la Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN); puntajes medios para el Distanciamiento Emocional (DE) y altos para la Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP).

En el mismo orden de ideas, Goncalves, L; Feldman, L y Guarino, L (2005) estudiaron el estrés laboral, la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN), y salud en profesionales venezolanos cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el estrés laboral y la sensibilidad egocéntrica negativa con el estatus de salud física y psicológica. La muestra estuvo constituida por 441 profesionales estudiantes de postgrado que se encontraban trabajando para el momento de la aplicación de los instrumentos: Cuestionario de Estrés Laboral de Karasek y Theorell, sub escala de sensibilidad egocéntrica negativa de auto percepción de salud física, salud psicológica; se midió ansiedad, autoestima y bienestar. Se encontró un puntaje bajo para la SEN. Si bien estos resultados se refieren en general a los médicos y estudiantes de medicina u otras instituciones, creemos a la luz de nuestros hallazgos que la ESE de Guarino es un instrumento de extrema utilidad para medir el grado de satisfacción con su carrera, de manera indirecta la empatía y brinda elementos importantes en la elección de la carrera universitaria de acuerdo al predominio de las emociones positivas.

De la misma manera, los resultados obtenidos utilizando la ESE en la universidad de Carabobo, realizado en estudiantes de medicina y en estudiantes de las facultades de las ciencias de la educación muestran lo siguiente:

Sánchez, J. (2010) realizó un estudio comparativo de empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes de la Universidad de Carabobo sede en Maracay, Estado Aragua, Venezuela. El diseño fue no experimental, de campo y transversal, apoyado en una investigación de tipo documental, descriptiva y correlacional. Estudió a 435 alumnos de los últimos tres años de la carrera de medicina y 104 médicos. Se tomo una muestra de 306 estudiantes (70,34%) y 72 médicos (69,23%). La técnica usada fue la encuesta y los instrumentos fueron los cuestionarios: Escala Jefferson de empatía médica (EJEM), versiones: "S-R"

(estudiantes) y “HP-R” (médicos), Escala de sensibilidad emocional (ESE), Método Graffar Méndez Castellano: Estrato social y Cuestionario de características psicosociodemográficas, versiones: “E” (estudiantes) y “M” (médicos). Concluye que la empatía es alta para ambos grupos (77,5% en estudiantes y 82,35% en médicos); siendo la dimensión predominante: compasión en estudiantes y toma de perspectiva en los médicos.

La SIP es elevada en los dos grupos, mientras los niveles de Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN) y de Distanciamiento Emocional (DE) son bajos. El análisis de varianzas intra-grupo indica empatía alta en estudiantes con responsabilidad social, jóvenes, mujeres y solteros; y en médicos primogénitos, de clases altas y jóvenes. Por otra parte indica Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP) baja en estudiantes del: 6to año, que no demuestran responsabilidad social y cuyos padres son obreros especializados; de igual manera la SEN es alta en: los que no ejercen actividades de responsabilidad social y revela DE alto en alumnos cuyos padres son obreros especializados. Este mismo análisis indica, en los médicos, SIP alta cuando se graduaron mayores, entre 30 - 39 años y obtuvieron títulos de postgrado tempranamente, entre 20 – 29 años, y muestra DE alto cuando son de clase media baja (estrato IV). El análisis de varianzas inter-grupos indicó que los médicos son más empáticos y expresan mayor SIP que los estudiantes. Finalmente existe correlación positiva entre empatía y sensibilidad interpersonal positiva en estudiantes, por el contrario en los médicos no hubo correlación.

Otros estudios realizados desde ópticas diferentes pero con incidencia directa con nuestro objeto de estudio, recordemos que es la salud mental en estudiantes de odontología, es el realizado por:

Orozco, G (2009), en una investigación acerca de las Relaciones Interpersonales asimétricas docente—estudiante, acoso psicológico, psicopatologías, reactividad interna al estrés, desgaste profesional en estudiantes de la facultad de Odontología

de la Universidad de Carabobo, Venezuela en una investigación descriptiva correlacional,. En este trabajo se aplicó el test que mide acoso psicológico LIPT -60 versión española a escala, el Índice de Reactividad al Estrés de González de Rivera (IRE-32), el Test de Propiedades Psicométricas (SCL90), versión española y el Maslach Burnout Inventory (MBI) a 146 estudiantes universitarios. Los resultados del primer momento se analizaron con pruebas paramétricas y no paramétricas, encontrándose los valores más altos en las dimensiones Obsesión-compulsión (OBS). Somatizaciones (SOM) y Depresión (DEP), en cuanto a los valores del IRE fueron ligeramente más elevados en postgrado. El sexo femenino, presenta los valores más elevados. Con relación al LIPT 60, se destaca la subescala Intimidación manifiesta (IM), tanto en pregrado como en postgrado, con respecto al MBI, en los estudiantes presentan agotamiento emocional. Con estos resultados y con una visión fenomenológica se profundizó con entrevista a profundidad, para interpretar y comprender los resultados obtenidos, encontrando que las situaciones estresantes que atraviesan los estudiantes y las relaciones interpersonales con el docente, son asumidas según la estructura dialogal de cada participante y a la temporalidad de esa relación.

La utilización de los instrumentos de la investigación de salud mental a otros grupos en este caso de pacientes crónicos, nos brindan elementos importantes para la discusión, así tenemos el trabajo realizado por Zambrano, R (2011) en su trabajo “Una Visión Integral del paciente con insuficiencia renal crónica: Salud Mental, Afrontamiento y Resiliencia, en Valencia, Venezuela”. Su propósito lograr una visión integral del paciente con insuficiencia renal crónica, que recibe tratamiento hemodialítico, en cuanto a su afrontamiento, salud mental y resiliencia utilizando el enfoque integral holónico, como método el pluralismo metodológico, para el abordaje de los cuatro cuadrantes según el enfoque integral de Ken Wilber; en dos momentos. Un primer momento objetivo, destinado a la exploración de lo tangible, mediante la utilización de los instrumentos de medición: Escala multidimensional de los Estilos de

Afrontamiento (C.O.P.E), Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28), Eneagrama, y encuesta interobjetiva. Un segundo momento subjetivo, fenomenológico, para captar la significación del fenómeno en los sujetos de estudio, en el que se realizaron entrevistas a profundidad y observación participante. Se procedió a la triangulación de cuadrantes para la construcción de la teoría. Una vez identificadas las coincidencias y complementariedades de las dimensiones estudiadas, emerge el siguiente enunciado teórico: *Los modos de afrontamiento, la salud mental y la resiliencia en los pacientes renales crónicos, están vinculados con la significación de la enfermedad, las relaciones familiares, los modelos de atención en salud, el manejo de las emociones, su sistema de creencias, su visión de futuro, la estructura de la dinámica de su personalidad y sus niveles de conciencia.*

Si analizamos la conclusión final no contradice lo que observamos en nuestros estudiantes y orienta a la profundización de los estudios psicológicos de la FAOULA y del personal docente de la Cátedra de Desarrollo Humano al aportarles el diagnóstico inicial realizado en el Proyecto de Salud Mental de los estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de los Andes y la Universidad Autónoma de Madrid.

I.4 Bases legales

Las bases legales que le dan sustento a ésta investigación son: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Ley Orgánica de Salud, Ley del Ejercicio de la Odontología y el Código de Deontología Odontológica. Pasaremos a continuación a describir someramente estos desarrollos legales.

I.4.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), refleja en su articulado el rango constitucional que alcanza la salud:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará, un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones, sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud, es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política de formación de profesionales y técnicos y técnicas, y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86 Se refiere al Sistema de Seguridad Social.

Como podemos observar los anteriores artículos sintetizan los principios de las políticas públicas en materia de salud a saber: Universalidad, Gratuidad, Solidaridad, Equidad y Justicia social.

1.4.2 Ley Orgánica de Salud (1998)

Esta Ley Orgánica de Salud es anterior a la Constitución y está en proceso de adaptarla a la misma, reza en su artículo N° 69:

Artículo 69. Los pacientes tendrán los siguientes derechos: El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia. Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irreversibles debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento. Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir. Citado por Sánchez, 2010

I.4.3. Ley del Ejercicio de la Odontología (LEO) (1970)

En Venezuela todas las profesiones, están reglamentadas para el ejercicio de las mismas, resaltando los valores, deberes y derechos, como se expresa a continuación:

Artículo 1 El ejercicio de la odontología se regirá por la presente Ley y su Reglamento.

Artículo 2. Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento.

Artículo 3. El ejercicio de la Odontología, no podrá considerarse como comercio o industria, ni será gravado con impuestos de esta naturaleza. Al efecto el odontólogo no podrá utilizar su consultorio o clínica para desarrollar o ejercer ninguna clase de actividades ajenas y destinadas a las propias de esos establecimientos.

El Artículo.11 señala qué se entiende por auxiliar del odontólogo, quiénes lo conforman y cuáles son sus funciones.

Artículos.14 y 15 prohibiciones establecidas para los auxiliares del odontólogo. Se refiere al ejercicio ilegal de la profesión.

I.4.4. Código de Deontología Odontológica.

Como todos sabemos, una profesión requiere entre otras características, poseer un Código Deontológico. En toda profesión cuyo objeto de estudio sean los seres humanos es imprescindible, tener claro el concepto de Deontología como la ciencia o tratado de los deberes. Etimológicamente deriva del griego *deon*=deber y *logos*=tratado. Es una ciencia empírica que se ocupa de la indicación de los deberes que tienen que cumplirse si se quiere alcanzar el ideal del mayor placer posible para mayor número posible de individuos (Bentham). Actualmente el vocablo es empleado para designar los deberes que se imponen en una actividad profesional en razón de la naturaleza misma de esa actividad. Por la importancia que tiene este código para la praxis odontológica, pasamos a:

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

Artículo 3º: Para la presentación idónea de sus servicios profesionales, el Odontólogo debe encontrarse en **condiciones psíquicas** y somáticas satisfactorias y poseer una formación ética y social irreprochable.

Artículo 4º: El Profesional de la Odontología debe atender por igual celo a todos sus pacientes cualesquiera sean sus condiciones de salud, independientemente de su

nacionalidad, raza, posición social o económica, creencias religiosas o ideas políticas.

En el caso de la Ley del Ejercicio de la Odontología y del Código de Deontología Odontológica, ambos documentos, en los artículos y aspectos reseñados, observan la integridad, el respeto, la no discriminación y los principios humanitarios como claves del que hacer odontológico en un todo acorde con los lineamientos éticos de esta investigación basada en el humanismo y en la atención al paciente.

1.4.5. Ética del odontólogo

Por la importancia para el ejercicio profesional, se hace referencia a los conceptos que a nuestro juicio deben marcar el norte de todos los profesionales y por ende de los estudiantes que requieren de una sólida formación en esta materia Pascussi, (2009), autor venezolano del texto *La ética en el ejercicio de la odontología* y editado por la ULA.

Para nuestros fines señalaremos los conceptos más relevantes.

Ética es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. Es el estudio de los valores y de sus relaciones con las pautas y planes de acción, en tanto se refiere a la filosofía de lo bueno y lo malo. Deriva de “ethos”, palabra que en griego significa costumbre. “Ética es el estudio filosófico de los fundamentos de la conducta buena y mala y es, por esencia, supra social”.

Moral: es la ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. Tiene su origen en el latín “mos-moris”, que significa costumbre. Es, por otra parte, lo que no concierne al orden jurídico, sino al fuero interno humano.

Código

Definición: conjunto de reglas o preceptos sobre cualquier materia.

Del latín “codex código” significa un cuerpo de leyes dispuestas metódica y sistemáticamente .el código de ética se ocupa de: los actos de los individuos juzgados por sus valores morales.

1.4.5.1 Principios internacionales de ética para la profesión odontológica.

El odontólogo deberá fomentar las medidas aceptadas para mejorar la salud general y la bucodental en la comunidad y como profesional; el odontólogo deberá conservar el honor, moralidad e integridad de la profesión, debe mantener al día sus conocimientos y pericias profesionales, además debe cumplir con los principios éticos universales en las áreas de la salud, que reseñamos a continuación:

1. Principio de normal eficiencia: significa la obligación de no hacer daño, y es generalmente considerado como el fundamento sobre el cual descansa la prestación del cuidado
2. Principio de autonomía: la autonomía se define como la capacidad para pensar, decidir y actuar basándose en razonamientos y decisiones que se tomen de manera libre e independiente, sin influencias e impedimento. “consentimiento informado”.
3. Principio de justicia: tradicionalmente justicia significa equidad, sin embargo, en la distribución de los recursos y servicios de salud, la equidad no significa que se deba tratar a los pacientes de la misma forma, sino que cada uno tenga acceso a los servicios adecuados, dignos y básicos.

Algunas consideraciones sobre los problemas ético-científicos del presente:

La ética actual está imperiosamente unida a la ciencia y a la modernidad. Contra el común sentir tradicional que excluía la ética del campo de la ciencia y viceversa, hoy se hace necesaria su intervenculación: El científico es un ser humano y, como tal, responde a fines y deberes; y la ética, a su vez, tiene que decir su palabra en orden a dar valor y sentido práctico moral a los descubrimientos y usos de la ciencia

Hoy, dice *Mario Bunge*, “se advierte un interés creciente de los científicos por la ética y de los éticos por la ciencia; las dos realidades, ética y ciencia, se entrecruzan para fecundarse mutuamente”. Así que, sin visos de paradoja, es imperioso admitir por igual el carácter científico de la ética y el carácter ético de la ciencia. Citado por Pascussi, 2009

1.4.5.2 Fundamentos de bioética.

La Bioética, etimológicamente deriva de los términos griegos *bios-eziké*, es la expresión usada para significar la íntima relación entre la vida y la ética. La bioética no se reduce ni al campo biogenético orientado a mejorar las condiciones de vida, ni tampoco al campo biomédico proyectado a la deontología dentro de la moral profesional.

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de la ciencia de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es analizada a la luz de los valores y de los principios morales.

Pascussi, (2009) plantea que la bioética es el saber ético formal, aplicado a contenidos de experiencias vinculados con la vida y la salud, en conformidad con los datos y normativas de la biología, la medicina, la odontología, la psicología, la filosofía, la historia, la antropología, el derecho y la sociopolítica.

1.4.5. Programa de atención Integral al estudiante de Odontología

La Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes (FAOULA) fue fundada hace 70 años y es junto a la Facultad de Medicina, las de mayor demanda estudiantil del área de la salud, se encuentra ubicada en las instalaciones del edificio del rectorado y en un área anexa que es patrimonio nacional por su construcción antigua, en este hermoso lugar de manera dispersa, en diferentes aulas y laboratorios se desarrollan las actividades académicas de los estudiantes, pero los mismos son insuficientes y en esa infraestructura no tiene la posibilidad de ampliación. Hace más de 20 años se planteó la reubicación de la FAOULA, al lado de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis, en el denominado Núcleo de la Ciencias de la Salud, ubicado en las inmediaciones del primer centro de atención hospitalaria: el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), por razones presupuestarias y de planificación aún no se ha hecho realidad.

Este aspecto de su localización es un factor interno importante porque, es una de las principales causas de malestar psicológico para los estudiantes, no desarrollan sentido de pertenencia, limita la posibilidad de atención de pacientes en las áreas clínicas, y tienen que competir haciendo colas, prácticamente en una carrera desde muy tempranas horas de la mañana para ver quién alcanza primero un sillón de la cátedra de operatoria para atender pacientes; por otro lado, estos usuarios originan un alto costo a los estudiantes ya que para que acudan a las citas deben pagarles el transporte y en innumerables ocasiones la alimentación y hasta el alojamiento de los pacientes para poder cumplir con el record de actividades del área de prácticas clínico-quirúrgicas.

Si por otra parte, consideramos que las afectaciones de orden externo que suceden en la región y el país tales como: sequía, falta de electricidad o de agua, derrumbes y dificultad de acceso por las vías de comunicación de una zona de montaña, o de ríos desbordados que incomunican a la ciudad, además de las

constantes manifestaciones y disturbios que genera el acontecer político del país y de la las universidades en particular, generan un clima en sí mismo propicio para aumentar el riesgo de su salud mental.

También es pertinente señalar que a lo largo de 10 años la Universidad de Los Andes y todas sus Facultades iniciaron un proceso de revisión curricular para adecuarlos a la realidad política, económica y social, con el propósito de formar el profesional que demanda nuestra sociedad en constante cambio. Este proceso generó la apertura en la contratación de otros profesionales, tales como, médicos psiquiatras, para la atención a nivel de la Facultad de los estudiantes que tenían síntomas de malestar psicológico o deterioro de su salud mental, en el conocimiento de que la profesión de Odontología es de alto riesgo. Además el currículo aprobado tiene como eje a lo largo de toda la carrera el área social y humanística, un cambio importante que ha generado mucha resistencia entre profesores y estudiantes que lo consideran una pérdida de tiempo, en una profesión eminentemente clínica y competitiva.

La justificación, por tanto de este programa, se debe especialmente al nuevo diseño curricular de la Facultad enmarcado en los principios orientadores del Postulado de integralidad, en un complejo proceso formativo acorde al perfil del odontólogo, que se aspira y que responda a la orientación y tratamiento integral a sus necesidades educativas, psicológicas, sociales y de salud y que el estudiante sienta que tiene un espacio propio. Coronado, (2000).

El Programa de Atención Integral al Estudiante de Odontología, por tanto, es un programa orientado al desarrollo integral del estudiante, a través de una atención continua, sistematizada, grupal e individual que previene, orienta, asesora, y ofrece tratamiento de las situaciones de riesgo y problemática del estudiante de la Facultad de Odontología.

Se inicia en 1999 con una respuesta limitada e informal, debido a la falta de espacio físico y recursos humanos y presupuestarios. En el 2001 fue aprobado en Consejo de Facultad como Programa de Salud Mental a los Estudiantes de Odontología. En el 2006 realizan una propuesta de trabajo más amplia, consolidan el Programa de Atención Integral al Estudiante de Odontología, obteniéndose financiamiento para el mismo lo que permitió el ingreso de personal docente especializado en el 2007.

El programa se lleva a cabo en dos fases: una primera fase dedicada a la parte asistencial de la salud mental y los grupos de crecimiento humano; la primera abarca todo lo relacionado a la Atención Psicológica (Psiquiatría y Psicología) a nivel afectivo, emocional y conductual. La segunda se dedica a la conformación de grupos para el crecimiento humano (relajación, respiración, musicoterapia, dinámicas grupales e individuales, terapias individuales, cine foro, poesía, entre otros).

La segunda fase se relaciona con la Atención médico-odontológica a estudiantes de la Facultad de Odontología; incluye -Atención médica general (Medicina Interna) y Atención médica (Gineco-Obstetricia)-, dado el predominio del género femenino..

La tercera fase, corresponde a las actividades del proceso de evaluación, investigación y retroalimentación utilizando la matriz DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas), por último, el desarrollo de líneas de investigación que contribuyan en la comprensión sistematizada de los problemas psicológicos y sociales de la comunidad estudiantil.

El programa se fundamenta en una concepción integral que comprende los ámbitos: Educativo. Psicológico. Social y de Salud. Los objetivos generales del Programa son:

- Asesorar y orientar individualmente a los estudiantes de Odontología que por voluntad propia soliciten ayuda para resolver los problemas que la vida les plantea.
- Ofrecer ayuda a los estudiantes cuyos profesores observen dificultades académicas, afectivas, emocionales o conductuales.
- Ser punto de apoyo en el propósito fundamental del actual plan curricular de formar un odontólogo integral.

Para dar cumplimiento a estos objetivos se definen los siguientes objetivos específicos:

- Brindar orientación individual acerca de las diferentes situaciones de riesgo en las cuales se pueda encontrar un estudiante.
- Identificar estudiantes en situaciones de riesgo para drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, promiscuidad sexual y problemas de Salud Mental en general.
- Diagnosticar la presencia de Trastornos Mentales.
- Suministrar tratamiento Psicoterapéutico y Farmacológicos de acuerdo con el problema diagnosticado.
- Derivar los casos de estudiantes que ameriten ayuda más compleja la cual no pueda ser brindada por el programa
- Implementar métodos de prevención integral.
- Prevenir los daños del estrés psicosocial en el ámbito estudiantil, mediante técnicas de autocontrol, comunicación asertiva, mejoramiento de la autoestima y fortalecimiento de principios y valores.

- Establecer una comunicación Interactiva con los profesores de las diferentes disciplinas para que las intervenciones preventivas, de asesoría y terapéuticas puedan tener un carácter totalizador.
- Desarrollar líneas de Investigación que permitan una comprensión sistematizada de los problemas psicosociales de la comunidad estudiantil, además de diseñar estrategias grupales e individuales para evitar la persistencia de esos problemas.

Como se ha descrito a lo largo del trabajo, la FAOULA es de las facultades de Ciencias de la Salud, la única que cuenta con un programa totalmente estructurado de promoción y prevención de la salud mental y es uno de los factores a tener en cuenta en la discusión los resultados obtenidos, ya que todas las demás investigaciones terminan necesariamente en proponer un programa como el expuesto en la figura 1.

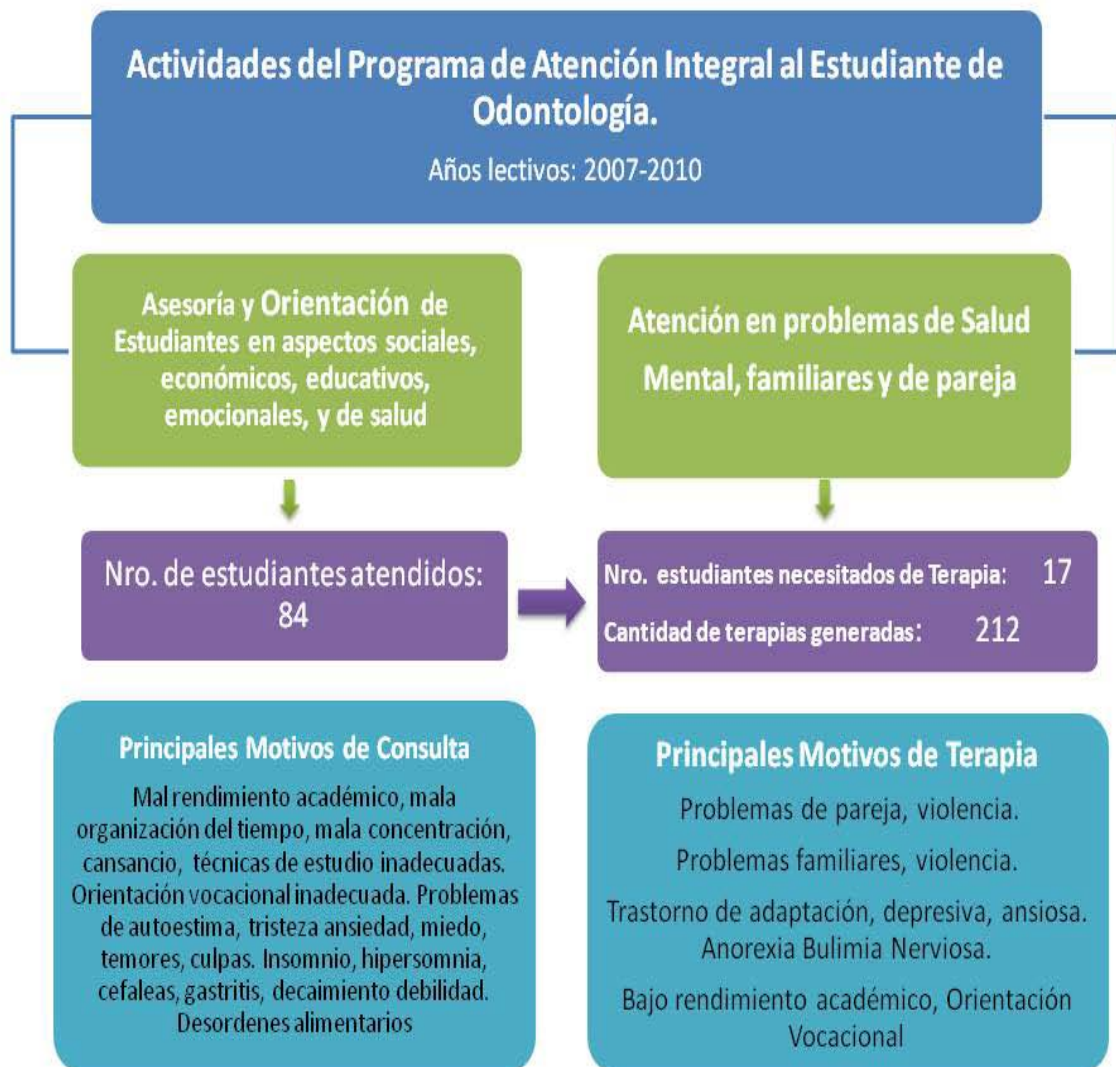


Figura 1: Actividades del Programa de Atención Integral al Estudiante de Odontología. FAOULA. 2007-2010-

I.5 Glosario

Algunos términos de carácter polisémicos muy utilizados en el desarrollo del trabajo.

Salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS), «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” OMS, 1952

Salud pública: “Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población .La definición reconoce, acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. OMS en 1952.

Salud mental: Podríamos definir la Salud Mental como “capacidad personal de pensar, sentir y actuar con eficacia para adaptarse y/o modificar el medio cotidiano disfrutando con todo ello”.

La OMS en el 2009 define a la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Saxena H, Modie R OMS 2004)

Inteligencia emocional: Es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos. (Goleman, 1995). Este autor de un best-seller titulado “*Emotional Intelligence*”, en el cual describe cinco capacidades: Tener conciencia de uno mismo, manejar los sentimientos y reconocerlos o autocontrol, crear las propias motivaciones o automotivación y gestionar las relaciones.

Llamamos Inteligencia Emocional a un conjunto específico de actitudes que se hayan implicadas dentro de las capacidades abarcadas por la inteligencia interpersonal (colectiva) e intrapersonal (individual). Hughes ,2005).

Inteligencia afectiva: Es la capacidad para conocer, expresar y gobernar la cognición y la afectividad, sobre todo los sentimientos, las emociones, las pasiones y las motivaciones. (Martínez-Otero, V, 2007 p79)

Sensibilidad emocional: Se define como la capacidad de los individuos para identificar rápidamente emociones, tanto propias como ajenas, al igual que la habilidad para reaccionar ante las emociones expresadas por otros. (Guarino y Roger, 2005)

Emociones: Son estados de ánimo caracterizados por la agitación. Se producen por sensopercepciones, ideas o recuerdos y tienen tres componentes básicos: fisiológico, cognitivo y conductual. Las emociones no suelen durar mucho y aparecen repentina y bruscamente. Las emociones, en efecto, son pasajeras, como si se tratase de sentimientos fugaces. Las cuatro principales son: alegría, miedo, vergüenza y cólera. (Gurméndez, 1984,p 58)

Determinantes de la salud: “La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación. Condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades y a la posibilidad de tener una vivienda próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”...Los determinantes estructurales y las

condiciones de vida en su conjunto constituyen *los determinantes sociales de la salud*”(OMS,2008)

Ley general del estrés: “Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huída, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y de cortisol” (Seyles, 1970 citado por González, 1977)

Índice de Bienestar Social: Es una medida cuantitativa aproximada del bienestar social de las personas en contextos geográficos definidos y con una periodicidad determinada, cuenta aspectos que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida, aporta datos de cómo se percibe la acción del estado en lo referente a mejorar el nivel de vida de la población www.ine.gob.ve. (CDSS, 2005)

Índice de Desarrollo Humano (IDH): Es una nueva forma de medir el desarrollo mediante la combinación de indicadores de esperanza de vida, logros educacionales e ingresos en un Índice de Desarrollo Humano compuesto: el IDH. Lo innovador del IDH fue la creación de una estadística única que serviría como marco de referencia tanto para el desarrollo social como para el económico. El IDH define un valor mínimo y uno máximo para cada dimensión (denominados objetivos) y luego muestra la posición de cada país con relación a estos valores objetivos, expresados mediante un valor entre 0 y 1.

CAPITULO II:

I. EL ESTRÉS:

II.1.1.Definición y Mecanismos:

El estrés es un proceso mediante el cual respondemos a circunstancias que nos demandan protección del organismo. Los estímulos que desencadenan este proceso se llaman factores estresantes y pueden ser cualquier situación, desde trabajar demasiadas horas, a no trabajar en absoluto, al aburrimiento, a un dolor físico, al duelo por la muerte de alguien, a una ruptura de pareja, a la ausencia de objetivos vitales, etc.

El estrés se define en principio como una respuesta normal del organismo para enfrentar las demandas que le impone el entorno, teniendo además, un carácter adaptativo, es decir, una condición que permite que el individuo sometido a estrés se ajuste a los cambios del entorno. Sin embargo, puede llegar a ser patológico si las respuestas de adaptación del individuo se prolongan en el tiempo y no son suficientes para hacer frente a los factores estresantes. (Lazarus, 1993 citado en Romero, 2004).

Mason (citado por González de Rivera, 2006) y Castillo A. y Hernández L. (2009) demostraron que además de las exigencias que sufre el organismo al estar en presencia de los factores estresantes, no sólo determinan la reacción al estrés, sino el grado en que las personas los perciben o valoran como demandas peligrosas, nocivas o indeseables.

Investigadores como González de Rivera et al. (2006), encontraron que la ausencia de estimulación era la que producía una situación de estrés, asomando la definición de “Estrés Negativo” y del concepto de “Psicosoma” (unidad psicosomática

humana) y su funcionamiento, entendido como el conjunto de mecanismos reguladores de tipo nervioso, endocrino, inmunológico y psicológico que trabajan de manera coordinada e interactiva para mantener al ser humano operativo e integrado frente a las exigencias de sus necesidades e impulsos psíquicos y biológicos. Desde el área de la psiquiatría y la epidemiología, refiere que ante la presencia de un estrés crónico o prolongado, el organismo reacciona con el “síndrome general de adaptación”, Selyes, (1970), citado por (González de Rivera,, 2006, p 73) que cursa con las siguientes 3 fases:

1. Reacción de alarma, se produce un exceso de producción de cortisol y de adrenalina el organismo se activa y pone en marcha su mecanismo de lucha-huída antes descrito, se prepara para enfrentar cualquier evento
2. Estadio de resistencia, mantiene activos los mecanismos de adaptación y consume más energía a costa de otras funciones. Al final de esta fase, el esfuerzo de adaptación comienza a producir daños y deterioro, donde se agotan los recursos del organismo y aparecen las enfermedades por estrés.
3. Fase de agotamiento, fracasan los mecanismos de adaptación, se produce una desorganización general del organismo, manifestándose todo tipo de alteraciones. (González de Rivera, 2006)

Con este inmenso bagaje de experiencias acumuladas, basado en las investigaciones realizadas, por Seyles, 1970 González de Rivera genera en 1977 su famosa “Ley General del Estrés”, que reza:

“Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-

huída, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol". (González de Rivera, 1977, p. 76)

Los trabajos realizados le permiten definir el concepto de "Estrés Negativo" que marca un hito en los estudios psicológicos. Al respecto, González de Rivera 1979 señala:

"Para el desarrollo normal de la personalidad es precisa la existencia de ciertas circunstancias típicas que actúen en momentos claves de ese desarrollo. La conspicua ausencia de una de tales experiencias constituye un evento traumático que podemos calificar de negativo, consistiendo el trauma no en la hiperexcitación de los mecanismos propios del aparato psíquico, sino en la ausencia o deficiente formación de canales que orienten la descarga de determinados impulsos". (p.72).

Más tarde, Lazarus (1984), plantea que intervienen como fenómenos psicológicos para el desarrollo del estrés, la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Mediante los procesos de evaluación cognitiva el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar, modelando la reacción del individuo ante tal situación. Una vez evaluada la situación se sucede el mecanismo de afrontamiento que son los esfuerzos cognitivos que el individuo realiza para manejar las demandas de la relación individuo- ambiente y las emociones que ello genera. Es así, como muchas situaciones estresantes no pueden dominarse para su eliminación. En tales condiciones, un afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso ignorar lo que no puede dominar.

La asociación entre eventos de vida estresantes y cambios en la salud y el comportamiento, está bien documentado. El "quemarse" o "burnout" observado en los profesionales de la salud es un ejemplo de una respuesta inapropiada al estrés

producido por los cambios en el trabajo, lo que se asocia directamente con mala calidad del trabajo realizado y pérdida de la salud. Este fenómeno fue descrito por el médico psicoanalista Herbert Freudenberger en el año 1974 como un síndrome que se caracterizaba por agotamiento emocional, fenómenos de despersonalización y bajo rendimiento. La gente afectada por este síndrome puede sufrir de síntomas de ansiedad o depresión, alteraciones del sueño, síndromes de dolor crónico o disturbios funcionales del aparato digestivo o cardiovascular. Entre sus causas se mencionan una alta demanda en el trabajo sumado a un escaso control sobre éste, un alto grado de obligaciones sin suficientes recompensas o gratificaciones, y a un bajo nivel de soporte social.

II.1.2. Factores Estresantes:

Los factores estresantes se clasifican según González de Rivera, (2006, p77) en tres grandes grupos: a) Los factores externos del estrés, que engloban todos aquellos aspectos del ambiente que pueden alterar el equilibrio del individuo o sobrecargar sus mecanismos de adaptación, defensa y regulación; b) Los factores internos del estrés, constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos del estrés; c) los factores moduladores, que son variables tanto del medio como del individuo que no están directamente relacionadas con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores internos y externos. De la conjunción que se produce entre estos factores, concluye que el Estrés Psicosocial no está directamente relacionado ni con la inducción, ni con la respuesta de estrés, pero que condiciona o modifica la interacción entre factores internos y externos (González de Rivera, 1989)

La expresión clínica de estos factores es la forma generalizada y compleja cómo reacciona el organismo llamada “somatización”, caracterizada por la presencia de

diferentes síntomas tales como, palpitaciones, taquicardias, molestias y trastornos gástricos, dolores de cabeza, contracturas musculares, mareos, fatiga, falta de concentración y de sueño; irritabilidad, apatía, disfunciones sexuales y alteraciones menstruales; tristeza, anhedonia (incapacidad de disfrutar), obsesividad, rigidez de carácter; incapacidad para tomar decisiones y para concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueos mentales. También predisposición a accidentes, consumo de drogas, comer en exceso (gula) y/o falta de apetito (anorexia), beber y fumar inmoderadamente, conductas impulsivas, etc. Estos síntomas pueden tener consecuencias sobre el trabajo y el estudio, como ausentismo, relaciones conflictivas, mala productividad, insatisfacción con las tareas.

Tanto los factores estresantes, como la reacción emocional y las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para controlar el estrés, afectan la percepción y valoración del problema. Pero la capacidad de cambiar esa percepción es lo más eficaz. : *“La experiencia no es lo que nos sucede, sino lo que se es capaz de hacer con lo que nos sucede”*.López, (2010) disponible en Psicología.com.

II.1.3. Estrés y factores estresantes en el ámbito académico:

El estrés es una expresión que guarda en su idioma de origen los conceptos de carga, fuerza deformante y tensión (Stora, 1991). En el ámbito académico, específicamente en el universitario, éste concepto es común y es utilizado casi siempre por los estudiantes en época de exámenes. Los estudiantes de odontología, se ven expuestos a cargas que les generan estrés, ansiedad y depresión, así como, ponen a prueba su capacidad de enfrentarlos.

Bjorksten, (1983), señala que el estrés representa un problema importante para quienes desempeñan una profesión en el área de la salud o están en formación.

Algunos se convierten en verdaderos adictos al trabajo o al estudio, lo que obviamente genera más estrés que el provocado por la actividad que se esté realizando. En esta situación, los estudiantes perciben más intensamente los problemas predisponiéndolos aún más a factores como la edad, el estado civil, año en curso, etc.

Feldman (2008), considera que el conjunto de actividades académicas propias de la universidad constituye una importante fuente de estrés y ansiedad para los estudiantes y pueden influir sobre su bienestar físico/psicológico (Aranceli, Perea & Ormeño, 2006; Guarino, Gavidia, Antor & Caballero, 2000), su salud, y el despliegue de conductas saludables (Sarid, Anson, Yaari & Margalith, 2004); igualmente, causa un efecto sobre su rendimiento (De Pablo, Subirá, Martín, de Flores & Valdés, 1990; Martín, 2007; Misra & McKean, 2000; Paul & Eriksen 1964, como se citan en Granell & Feldman, 1981; Struthers, Perry & Menec, 2000). De allí que brindar ayuda y entrenamiento para que esta población aprenda a manejar las situaciones de estrés cotidianas permite mejorar sus condiciones de salud, tanto física como mental, así como su rendimiento académico.

En relación con el efecto del estrés sobre el organismo, en los últimos tiempos ha surgido la preocupación por estudiar las razones por las cuales personas expuestas a situaciones muy difíciles y con alto riesgo de desarrollar problemas de salud, tanto física como mental, lejos de enfermarse, se tornan más resistentes. En este sentido, Martín (2007) indica que los efectos de los estresores están mediados por factores psicológicos, que pueden actuar como protectores. Estos factores protectores han sido definidos en función de ciertas características personales y ambientales, o más precisamente, de la percepción que tiene el individuo de ellos moderando los efectos del estrés y aumentando su resistencia (Bagés, 1990).

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, especialmente, las de carácter crónico (Adler & Matthews, 1994; Feldman, 2001; Ganster & Victor, 1988; Pacheco & Suárez, 1997).

En el ámbito académico, se ha encontrado que el apoyo social podría actuar, además, como un potenciador en el logro de un desempeño satisfactorio de los estudiantes (Román & Hernández, 2005), ya que contribuiría a que afronten a los estresores propios de su ambiente, con mayores probabilidades de éxito (Labrador, 1995, como se cita en Martín, 2007).

El apoyo social puede darse a través de todos aquellos que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual proporciona un soporte emocional tangible, la oportunidad para compartir intereses comunes y unas condiciones por las cuales se sienta comprendida y respetada. Es importante destacar que no se trata sólo de la presencia de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos. Según Turner y Marino (1994), existen tres constructos en torno al apoyo social a saber: recursos de apoyo en redes, conducta de apoyo y apoyo percibido subjetivamente (citado por Martín, 2007). El mismo autor considera que el estrés académico, no ha recibido suficiente atención y que el pronóstico del desempeño involucra la evaluación de recursos individuales y sociales (Fernández et al. 2004 como se cita en Román & Hernández, 2005) y la alta prevalencia de estrés y sus manifestaciones en los estudiantes universitarios (Aranceli et al. 2006; Barraza & Silerio, 2007). Se plantearon evaluar las fuentes de estrés académico más frecuentes e intensas en estudiantes universitarios y su relación con el apoyo social, y la salud mental durante alta tensión académica

Al momento de buscar las causas del estrés en la actividad estudiantil se apunta hacia los programas de estudio, la masificación de las aulas, la falta de recursos de las instituciones y raras veces, al papel de los padres y su actitud de creer que su responsabilidad acaba donde empieza la de los maestros. Por su parte, los profesores en la búsqueda de solución al problema se preocupan por desarrollar un tipo particular de motivación de sus estudiantes, “la motivación para aprender”, la cual consta de muchos elementos, entre los que se incluyen: la planeación, concentración en la meta, conciencia metacognoscitiva de lo que se pretende aprender y cómo se pretende aprenderlo, búsqueda activa de nueva información, percepciones claras de la retroalimentación, elogio y satisfacción por el logro y ninguna ansiedad o temor al fracaso (Johnson y Johnson citado por Navarro, 2010)

1. 4.1 Cultura organizacional de la Facultad de Odontología

En la Facultad de Odontología de la ULA, los principales factores estresantes percibidos se pueden observar en varios trabajos, ver entre otros el de Gladys Orozco, ya referido con anterioridad, tanto por los profesores como por los estudiantes son: el clima y estructura organizacional del trabajo o del quehacer académico. De acuerdo con algunos autores (Martin, 2007, García, 2004,) la mayor parte de los odontólogos cree que su profesión es estresante y señalan que las principales razones son el comportamiento del paciente en la consulta, las presiones económicas, las características técnicas de la labor realizada y la necesidad de tener pacientes. En el caso de los estudiantes de odontología los factores estresantes se relacionan con los records de pacientes o técnicas exigidas en su práctica académica, los costos para la atención de los pacientes, las evaluaciones del aprendizaje y las relaciones con los docentes, trabajadores y compañeros de clases. Todo esto, sin contar con los múltiples problemas derivados de la vida familiar o de pareja y de la sociedad en general.

El éxito académico, de acuerdo con la percepción de Redondo (1997) requiere de un alto grado de adhesión a los fines, los medios y los valores de la institución educativa, que probablemente no todos los estudiantes presentan. Aunque no faltan los que aceptan incondicionalmente el proyecto de vida que les ofrece la Institución, es posible que un sector lo rechace, y otro, tal vez el más sustancial, sólo se identifica con el mismo de manera circunstancial. Aceptan, por ejemplo, la promesa de movilidad social y emplean las instituciones docentes para alcanzarla, pero no se identifican con la cultura y sus valores, por lo que mantienen hacia la institución una actitud de acomodación, la cual consiste en transitar por ella con sólo el esfuerzo necesario. O bien se encuentran con ella en su medio cultural natural pero no creen o no necesitan creer en sus promesas, porque han decidido renunciar a lo que se les ofrece, o lo tienen asegurado de todos modos por su condición social y entonces procuran disociarse de sus exigencias.

Sería excelente que todos los alumnos llegaran a las aulas con mucha motivación para aprender, pero no es así. Incluso si tal fuera el caso, algunos alumnos aún podrían encontrar aburrida o irrelevante la actividad universitaria. Asimismo, el docente en primera instancia debe considerar cómo lograr que los estudiantes participen de manera activa en el trabajo de la clase, es decir, que generen un estado de motivación para aprender. Por otra parte, pensar en cómo desarrollar en los alumnos la cualidad de estar motivados para aprender de modo que sean capaces “de educarse a sí mismos a lo largo de su vida” (Bandura, 1993) y finalmente que los alumnos participen cognoscitivamente. En otras palabras, que piensen a fondo acerca de qué quieren estudiar.

II.1.4.Síndrome de Burnout.

Según Sellan y Jiménez (2001) el Burnout (quemarse en el trabajo) lo desarrolló Freudenberguer en Estados Unidos en 1974, con el objetivo de explicar el proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias de servicios sociales, educativas, etc.). Actualmente el síndrome de quemarse ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson, 1981). Esta respuesta es bastante frecuente entre los profesionales tales como: maestros, médicos, funcionarios de prisiones, policías, etc., que están en contacto directo con los usuarios. Aunque este síndrome está bastante relacionado a los profesionales de los servicios humanos no se restringe únicamente a ese ámbito. También ha sido descrito entre otros profesionales sobre todo en puestos directivos y mandos intermedios, e incluso en amas de casa.

Aunque no existe una definición unánime aceptada, si existe un consenso sobre que aparece en los individuos como una respuesta al estrés laboral crónico. Y se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

Conceptualmente el síndrome de Burnout posee dos perspectivas: La Clínica y la psicosocial.

- a) Perspectiva Clínica. Es un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. El individuo hace alusión a la experiencia de

agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, la cual surge como consecuencia del contacto diario y directo con las personas en su trabajo. Este estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables (Freudenberguer, 1975).

En esta misma perspectiva se puede encuadrar a Pines y Aronson que en 1988 lo conceptualizan como un estado en el cual se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, y baja autoestima.

- b) Perspectiva Psicosocial. Apunta hacia su consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y las características personales.

Desde el enfoque de Maslach y Jackson (1981) Debe entenderse como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos que trabajan con personas en cualquier tipo de actividad. Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores, profesionales y estudiantes sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es decir sienten un agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios. Una experiencia de estar emocionalmente agotados debido al contacto “Diario” y mantenido con las personas a las que hay que atender como objeto del trabajo.

Por despersonalización se entiende el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido al endurecimiento afectivo y le exculpan de sus problemas.

Por falta de realización personal en el trabajo se entiende a la tendencia de evaluarse negativamente y como esa evaluación afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la capacidad de relacionarse con las personas que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos y con los resultados laborales. Dentro de los varios autores que abordan el síndrome de Burnout o quemarse y desde las perspectivas psicosociales señalan que no debe identificarse como un estrés psicológico sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de servicio y receptores de los mismos. Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente y en la relación profesional-organización

II.2 LA SALUD MENTAL:

II.2.1. Conceptualización:

En la actualidad resulta difícil hablar de salud mental sin considerar el entorno social de las personas y las exigencias académicas, económicas, laborales, familiares y de vida en sociedad a las que están sometidas. Al respecto, el Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS,2005) expresó: “El estado de salud mental implica la capacidad del individuo para adaptarse al medio en el cual vive, así como su capacidad de participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones necesarias de su ambiente físico y social”. Según Hughes, et al (2005) el estado mental es el resultado de las habilidades que cada persona muestra en sus relaciones consigo mismo (habilidades intrapersonales), con su entorno social (habilidades interpersonales) y con su entorno físico de referencia (adaptabilidad, manejo del estrés y resolución del problemas).

Pertenecer a un grupo o comunidad, ser aceptado y valorado, así como participar y contribuir en decisiones políticas, creyendo al mismo tiempo en el poder transformador de lo colectivo, afecta positivamente el bienestar mental de las personas. También es importante la coherencia y validez moral de reglas y normas sociales, con el fin de habitar ambientes predecibles. Los efectos mentales de esas circunstancias se expresan como auto-eficacia, autonomía, satisfacción y constituyen indicadores contemporáneos de salud mental. (Merton, citado por Parales, 2008).

Por consiguiente, la salud mental en una acepción comprensiva es una condición de bienestar definido de acuerdo con los estándares socioculturales. En este sentido, la OMS, (2001) define a la salud mental como “Un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad”.

Visto en esta perspectiva, la salud mental se relaciona con la realización de potencialidades del individuo por lo que las intervenciones orientadas a la prevención y tratamiento de trastornos mentales, no se traducen necesariamente en mejoramientos de la situación de salud mental del individuo. Si no se estudian condiciones como la anomia y se conciben estrategias para aminorar su impacto, es probable que cada vez más personas estén en riesgo de desarrollar condiciones graves y de discapacidad de su salud mental, como el trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad, además de otras condiciones con carga de enfermedad alta como accidentalidad, violencia, suicidio y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). (Parales, 2008)

II.2.2. Determinantes de la Salud

La salud mental se encuentra determinada por factores socioeconómicos y culturales, incluyendo pobreza, empleo, desigualdad, cohesión social, urbanización, normas y valores. En virtud del impacto que tienen en la sociedad los trastornos mentales y condiciones asociadas con el comportamiento, la salud mental ha ido ganando visibilidad a través del paradigma de Determinantes de la salud, que según la OMS (2008) lo define como:

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades y a la posibilidad de tener una vivienda próspera). Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”...

Con base a esta definición que traduce una realidad para la mayoría de los países del mundo se evidencia que el perfil de los problemas de la salud de una sociedad expresa la interacción entre el modo de vida general y las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar. La determinación social de la situación de salud, es por lo tanto, la interacción del modo, las condiciones y los estilos de vida con los perfiles de los problemas de salud. Valera, (2009).

Desde la perspectiva de salud pública es interesante la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que hace que las poblaciones sean saludables?

- Participación de la sociedad
- Vida laboral saludable
- Ambientes y productos sanos y saludables
- Atención médica y sanitaria que promueva la salud
- Protección contra las enfermedades transmisibles
- Sexualidad segura y buena salud reproductiva.
- Mayor actividad física
- Hábitos alimentarios

Estos elementos fueron planteados en la Quinta. Conferencia Mundial de— *Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*— celebrada desde el 5 al 9 de junio del 2000 en la ciudad de México, se apoyó en los logros de las cuatro Conferencias Internacionales anteriores de Promoción de la Salud, haciendo hincapié en particular en las prioridades establecidas en la última Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997. La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986 logró aclarar el concepto de promoción de la salud, destacando al mismo tiempo las condiciones y los recursos necesarios para la salud e identificando acciones claves y estrategias básicas que permitieron aplicar la política de la OMS de “Salud para Todos en el año 2000”

La Carta de Ottawa *para la Promoción de la Salud* identificaba como requisitos previos para la salud, tales como:

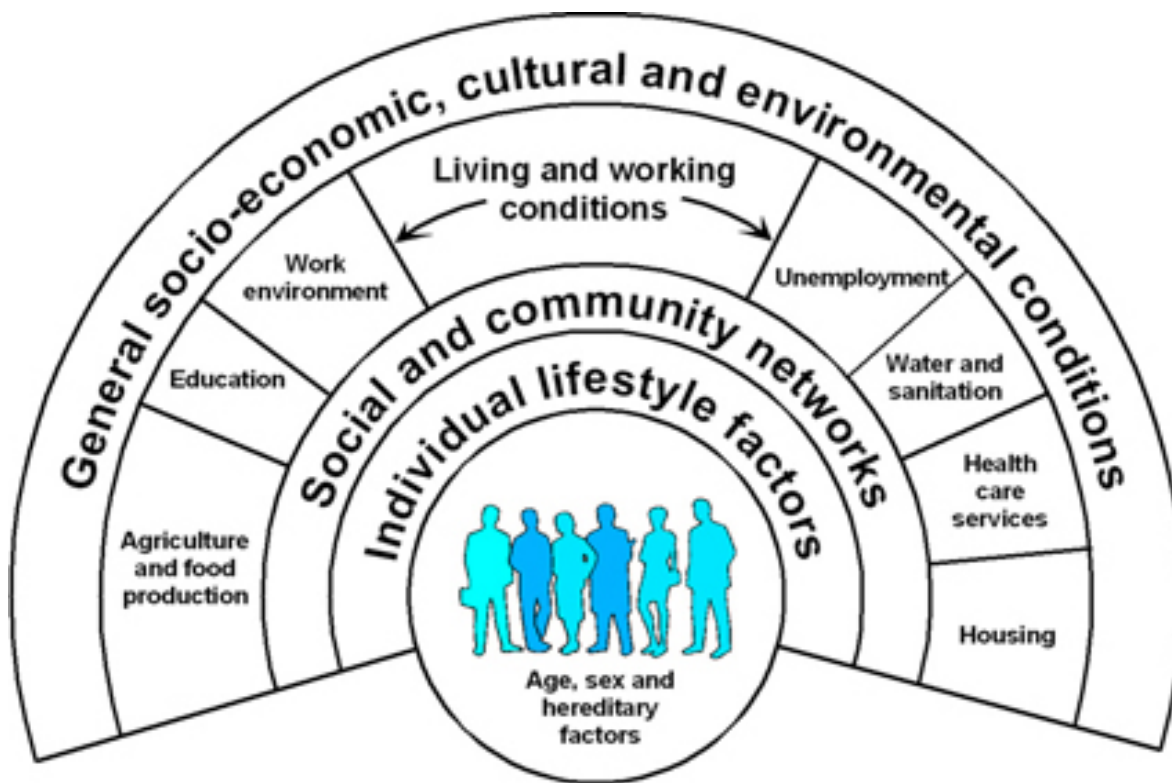
1. La paz,
2. Un ecosistema estable,
3. Justicia social y equidad,
4. Educación,
5. Salud.

6. Alimentos
7. Trabajo e ingresos
8. Vivienda
9. Recreación.

Las acciones claves para promover la salud incluían la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios, el fortalecimiento de acciones comunitarias, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. *La Carta de Ottawa* destacó por lo tanto la función de las organizaciones, los sistemas y las comunidades, al igual que los comportamientos y las capacidades individuales, en la creación de elecciones y oportunidades conducentes al logro de la salud y el desarrollo. OMS, (2000).**Presentada en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, D.F., México, 5-9 de junio de 2000.

Es fácil deducir del contenido de esta declaración, si no se cumple alguno de estos requisitos, no se tendrá salud en general y mucho menos salud mental en particular, esta es la razón por lo que los problemas de salud mental son tan complejos y de difícil solución por su multicausalidad.

¿Cuáles son los determinantes de la salud?



Fuente: Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud

La figura 2. Muestra los Determinantes Sociales de la Salud OMS/OPS.(2008).

En Venezuela, en el 2008 se creó el denominado Gabinete Social integrado por los Ministros de Salud y Desarrollo Social, quien lo preside, él de Planificación y Desarrollo, de Educación, Cultura y Deportes, del Trabajo, de Ambiente y de los Recursos Naturales, con la finalidad de fijar las directrices para implementar las acciones contra estos determinantes. La estrategia fue fijar las metas a cumplir por Venezuela relacionadas con los Objetivos del Milenio (ODM) y el Plan Estratégico Nacional Simón Bolívar 2007-2013 (Anexos)., a través de las Misiones: Barrio Adentro (salud), Mercal, (alimentación), Robinsón, Ribas, Sucre (Educación), Vuelvan Caras, (trabajo) Negra Hipólita (reinserción social) Canaima (TIC),, Vivienda (casas), etc. (Anexo), las mismas han tenido como impacto haber superado los ODM

y presentar Venezuela un Índice de Desarrollo Humano de 0,677 que lo coloca en los países con alto Desarrollo.

II.2.2.1. Teorías de Salud Social

El desarrollo de las Ciencias de la Modernidad había permitido que el saber científico se erigiera como el más importante de todos los saberes, de modo que la "medición" y la "exactitud" que la caracterizaron, se convirtieron en virtudes altamente apreciadas. Sin embargo, descubrimientos científicos realizados durante los siglos XIX y XX , arribaron a conclusiones opuestas: "la incertidumbre", la "borrosidad" la "emergencia", "el caos", aparecen como expresiones de una nueva forma de pensar científico que quiebra el ideal de "certidumbre" y "exactitud" reinante tras cinco siglos de indiscutibles éxitos de las Ciencias Clásicas.

Según Ramis, M y Sotolongo, L (2009), Forman parte de esta revolución del saber: los cuestionamientos epistemológicos desde la ciencia, la sociología de la ciencia y el conocimiento. También teorías científicas de nuevo tipo, que se construyen sobre la base de la demolición de los ideales de la racionalidad clásica: teoría de catástrofes, teoría del caos, dinámica no lineal: "Complejidad."

Identificar los determinantes sociales y emprender las estrategias de promoción de la Salud que de ello se deriven, significa elevar la atención de Salud al nivel en que históricamente han estado los servicios de atención a la enfermedad, integrando a todos los actores sociales y las disciplinas científicas para su consecución. Lo anterior redundará en una *estrategia mixta* o *multiplicidad estratégica* en la epidemiología; la combinación de una serie de medidas, sabiendo que ninguna dará la solución completa, ni todo el tiempo.

Algunos aspectos conceptuales y teóricos de lo "micro" y lo "macro social". lo individual y lo poblacional, la causalidad y los determinantes como los de *Virchow* revolucionó las ciencias en el siglo XIX cuando dijo que las causas de las enfermedades había que buscarlas en la célula, echando por tierra el paradigma de los cuatro humores y sin embargo asumió posiciones mecanicistas frente a la unidad del organismo vivo al querer convertirlo, como dijera *Engels*: "en una federación de estados celulares", pero también fue pionero al plantear la importancia de los condicionantes sociales y económicos en relación con las causas y consecuencias de esas enfermedades. Abeya, (2008), Aldereguía J, (1985) citados por Ramis, (2009)

El problema de la causalidad es uno de los problemas epistemológicos, en los que históricamente se ha debatido la Epidemiología. La enconada lucha de los inicios del siglo XIX entre contagionistas y seguidores de la teoría miasmática, aún persistió en el siglo XX y XXI aunque con matices diferentes El abanico de posturas se extiende desde los que proponen generalizar el uso de los postulados clásicos de la causalidad, hasta los que consideran que la Epidemiología debe abandonar el concepto de causa y limitarse a dar explicaciones no deterministas de los problemas que investiga. Las críticas al concepto de causalidad fueron formuladas por primera vez por *David Hume* en 1740 y el asunto aún no ha sido resuelto, por lo que se mantiene en el centro de la polémica. Martinez, (1992) citado por Ramis (2008).

Las propuestas para el estudio de la causalidad durante el pasado siglo XX, se basaron fundamentalmente en los modelos epidemiológicos de causas única/efectos únicos (monocausal) o causas múltiples/efectos múltiples (multicausal). Con el incremento de las enfermedades no transmisibles se hicieron comunes las investigaciones de factores de riesgo, auxiliándose de métodos analíticos y experimentales (el desmembramiento de las totalidades en sus "partes", para analizarlas; con lo que, sin advertirlo, se escapa inevitablemente la Complejidad

inherente a esa totalidad), ambos modelos abordaban el objeto de estudio desde una perspectiva clínica o individual. El ambiente y otras causas eran parte de una externalidad no incorporada

Más adelante, *Susser M, Susser E*,(1996) desde una visión sistémica pero jerárquica, propusieron el modelo Ecoepidemiológico (cajas chinas), que aunque supera las limitaciones conceptuales del modelo de Factores de Riesgo, ha sido criticado por *Breilh* de establecer una "dicotomía mecánica entre elementos sociales e individuales relegados a sistemas distintos, negar la relación dialéctica entre fenómenos sociales e individuales, desdeñar al individuo como personificación de hechos sociales fundamentales, su carácter representativo de intereses y relaciones de clases y convertirlo en una unidad funcional influida desde fuera por la clase social que actuaría como algo exterior." *Susser*,(1996), *Breilh*, (1980), De modo que utilizando las propuestas metodológicas del modelo de causalidad múltiple de *Mc Mahon*, ha sido imposible superar los problemas conceptuales que impone la existencia de esta dicotomía y por otra parte, el modelo de los *Susser* se enfrenta a escollos conceptuales y teóricos que no logra superar.

Se constata pues, un vacío epistemológico en la Epidemiología, especialmente en las categorías fundamentales de causalidad y riesgo ya que los problemas de salud se globalizan cada vez más, se tornan "holísticos" y se determinan cada vez más, no por la acción de factores de riesgo individuales, sino por la participación de "lo social" articulado con "lo biológico" como una totalidad.

La falta de articulación entre lo individual y lo social, ha sido también de índole conceptual, ya que no son iguales las causas que originan la enfermedad en el individuo que en las poblaciones, y se requiere de una teoría científica capaz de articularlas. *López*, (1998) En el espacio de lo "micro" funcionan las leyes de lo biológico, de lo individual, cuyas características pueden ser -con cierta frecuencia-

contadas y/o verificadas utilizando métodos y técnicas estadísticas, mientras que sus cualidades han de ser indagadas utilizando métodos y técnicas cualitativas. En el espacio de lo "macro social" predominan las regularidades que rigen los procesos sociales, entonces, ¿cómo estudiar el "todo" sin desmembrarlo en sus partes, sin fragmentar el objeto estudiado? Han sido las ciencias sociales, las que ofreciendo métodos y técnicas flexibles de indagación lograron una mejor aproximación al estudio de "lo social". Posteriormente, se propuso la triangulación de técnicas con la intención de integrar las diversas formas de investigar en salud lo individual y lo poblacional.

Articular las causas en ambas dimensiones significa trascender; transitar de lo "micro" a lo "macro social" sin ignorar las regularidades que operan en cada uno de esos espacios, En este sentido y desde diferentes perspectivas y posiciones epistemológicas se han realizado diversas propuestas a través del estudio de los determinantes de la salud, considerados como los causales que rigen el comportamiento del proceso salud-enfermedad en el espacio poblacional. Sin embargo, la aprehensión de "los fenómenos emergentes" continúa siendo, en buena medida, una "asignatura pendiente" para buena parte de la teoría social. Ni que decir tiene la importancia de dichos fenómenos "emergentes" en la problemática epidemiológica.

El primer modelo teórico que se conoce para el estudio de los determinantes de la salud lo propone *Morris* en la década del 60 del siglo xx, posteriormente lo hacen *Mosley- Chen* y *Mckewon*. Cuando el llamado de Alma-Atá para hacer de la Atención Primaria la estrategia mundial de salud, surge en 1974 el primer modelo canadiense de *Laframboise-Lalonde*, seguido de *Dever* y *Blum*, en EE.UU. y más adelante las nuevas propuestas de *Evans*, *Stoddart*, *Marmot*, *Frank*, *Wilkinson*, *Raphael* y otros .*Alvarez* y col (2005). Mención especial merecen los Latinoamericanos *Asa Cristina Laurell* de México, *Jaime Breilh* de Ecuador, *Naomar*

Almeida da Filho, Brazil, *Pedro Luis Castellanos* de Venezuela, cuyas propuestas se nutren de las categorías "clase social", "carga de trabajo", "modo de vida", "condiciones de vida" "perfil de salud-enfermedad", desde una perspectiva filosófica materialista-dialéctica. Granda, (2004), Breilh, (2003. (Castellanos PL. Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida: Consideraciones conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre condiciones de vida y salud. 13 de Diciembre de 1995)

El enfoque de la Complejidad desde la perspectiva de los Determinantes sociales no es algo reciente, la Epidemiología y la Medicina Social latinoamericana lo adoptaron desde la década del 80. En la propuesta de *Pedro Luis Castellanos* de enfrentar el estudio de los determinantes según condiciones de vida, lo etnográfico de *Naomar Almeida*, el enfoque de Epidemiología Crítica y Contrahegemónica de *Jaime Breilh*, se identifica el enfoque holístico, emergente , contextualizado y transdisciplinar que caracteriza al "pensamiento complejo." (Castellanos PL. Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida: Consideraciones conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre condiciones de vida y salud. 13 de Diciembre de 1995). Entre las escuelas norteamericanas, caracterizadas por su apego al pensamiento analítico propio de las ciencias clásicas, se diferencia el planteamiento de Investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, donde figuras como *Richard Levins*, *Tamara Awerbuch* y otros que pertenecientes al departamento de la Salud Pública Internacional, se han aproximado durante años al pensamiento y teorías de la Complejidad. Procedente de esa Universidad, se distingue también la ya mencionada investigadora *Nancy Krieger* (2008) autora de la teoría ecosocial.

Lo complejo se manifiesta sobre todo en que los sistemas de la naturaleza no sólo no son dados de antemano, sino que devienen en el transcurso mismo de la interacción. Las propiedades del mundo y sus objetos son emergentes. Esto es de

suma importancia para la consideración del universo social, donde la emergencia es un atributo característico permanente."

La naturaleza tiene un carácter sistémico, integrador, no reducible al campo de ninguna disciplina científica especial. Desde el punto de vista metodológico el holismo tiene preeminencia sobre el reduccionismo. Para la distinción de lo social es pertinente tomar en consideración este aspecto metodológico, pues la consideración de la integralidad de lo social implica aceptar que los enfoques científicos separados y desligados uno de otro son incompetentes para juzgar y comprender la naturaleza de los fenómenos que se investigan.

Las relaciones de determinación se caracterizan por la emergencia del orden a partir del desorden, y la superposición del "caos" y el "anti-caos. Finalmente aporta una nueva forma de pensar en las Ciencias, de tal manera que el proceso salud-enfermedad se estudia como un sistema complejo que se caracteriza por ser abierto, dinámico, no lineal, no jerárquico que es imposible reducirlo a funciones determinísticas matemáticas o estadísticas probabilísticas.

II. 2.2.2 Objetivos del Milenio

Haremos referencia al contexto general en que se desarrolla la presente investigación a nivel mundial y local así como las relaciones que de ellas se derivan directa o indirectamente sobre el tema en estudio.

En primer lugar nos referiremos, a las estrategias asumidas a nivel mundial por 199 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1999) en su reunión de evaluación de la situación sanitaria y la calidad de vida de la población

mundial, plasmados en los Objetivos Del Milenio (ODM) que desglosamos a continuación:

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reflejan los resultados de decenios de forja de consenso tanto en el sistema de las Naciones Unidas como en las cumbres y las conferencias mundiales auspiciadas por esa organización. El presente conjunto de ODM consta de ocho objetivos generales, 18 metas y 48 indicadores. La estrategia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asigna una gran pertinencia al objetivo 8, que se refiere a las alianzas en todas sus dimensiones.

Los ODM forman parte del compromiso de la OPS con los objetivos y las metas de salud cuantificables, que constituyen un motor para la democracia y la gobernanza multidimensional a nivel de los países, además de ser parte integrante de la reforma de la OPS y de sus prioridades estratégicas, entre otras, el desarrollo sanitario y la protección social nacionales. De primordial importancia es su interés en la búsqueda de la equidad entre los países y dentro de estos.

También han llevado la inversión en la salud de la población al centro mismo del nuevo programa de desarrollo mundial. Esto se evidencia en el incremento de la asignación del Producto Interno Bruto al sector salud y en los cambios a nivel de políticas públicas, “derecho a la salud” con rango constitucional, universal y gratuito, equitativo, integral y participativo. Que se observa en varios países en desarrollo y en Suramérica en particular.

Tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a temas de salud: reducción de la mortalidad en la niñez, mejoramiento de la salud materna y lucha contra la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Siete de las 18 metas están relacionadas directamente con las responsabilidades del sector de la salud, a

saber: la 2 con la desnutrición, la 5 con la mortalidad en la niñez, la 6 con la mortalidad materna, la 7 con la infección por el VIH/SIDA, la 8 con la malaria y otras enfermedades infecciosas, la 10 con el agua potable y la 17 con los medicamentos esenciales.

Al analizar los ODM vemos que no se plantea de manera explícita en ninguna de las líneas de acción priorizadas la atención a la *salud mental*, de las poblaciones dado que se ven marcadamente superados por las enfermedades referidas a las condiciones de vida, sin embargo la estructura de la mortalidad de países que han avanzado en su accionar en salud, demuestran el predominio de enfermedades que se relacionan de una manera directa con los estilos de vida y el aumento de la esperanza de vida al nacer, en las cuales se evidencia la presencia de indicadores de somatización especialmente las causadas por el estrés, de ahí su nombre de la epidemia silenciosa del presente, es decir las alteraciones de la salud mental.

El enunciado de las metas del milenio toca directamente los determinantes de la salud que influyen poderosamente en el estado de bienestar de la salud mental reducción de la pobreza extrema y el hambre en un 50% por ejemplo.

II.2.2.3. Metas del Milenio en Venezuela

Para dar cumplimiento al compromiso asumido por los países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) a los ODM, cada país elaboró de acuerdo a su realidad, prioridades y recursos las estrategias para alcanzarlas, a continuación se hace referencia a las planteadas por Venezuela.

Metas

1. Disminuir a la mitad, entre el año 1990 y 2015, la proporción de personas en Pobreza Extrema cuyo ingreso sea menor de un dólar (US \$) por día.
2. Disminuir a la mitad el número de personas que padecen hambre.
3. Asegurar que para el año 2015, todos los niños y niñas puedan terminar la escuela primaria completa.
4. Eliminar las disparidades de género en la educación primaria y secundaria preferiblemente para el año 2005 y para todos los niveles de educación para el año 2015.
5. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y el año 2015
6. Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.
7. Haber detenido y empezado a revertir la incidencia del VIH/SIDA en el año 2015.
8. Haber detenido y empezado a revertir la incidencia de la malaria, la tuberculosis y el dengue en el año 2015.
9. Integrar principios de desarrollo sustentable en políticas y programas del país para revertir la pérdida de recursos naturales
- 10 Reducir a la mitad la porción de la población sin acceso a agua potable y saneamiento.
17. En cooperación con las compañías farmacéuticas, proveer acceso a medicamentos esenciales preferiblemente genéricos, de calidad, efectivo y seguro, a precios accesibles y utilizados de manera racional.
18. Facilitar la disponibilidad de los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y de comunicación. (TIC)

Los indicadores de cada una de estas metas nacionales, se han alcanzado antes de lo previsto el país ha disminuido los niveles de pobreza: porcentaje de la población que percibe menos de 1 dólar al día en el 2006 es de 3.50% y la

participación del 20% más pobres en los ingresos el mismo año es de 4.90%. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) para el 2010 es de 0.696, ubicándose entre los países con un IDH alto, aumentado el salario mínimo a 1.500 BF en el 2011, disminuyó la desnutrición infantil a un 12%, el índice de calorías consumidas para el 2005 es de 2.453 kcal/día reconocido por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, (FAO), la esperanza de vida para el 2010 es de 74,2 años, ha hecho de la salud, la educación y la seguridad social un derecho constitucional, masificado el acceso a la educación superior, una tasa de alfabetismo en personas de 15 años y más de 95,2% para el 2007 declarado país libre de analfabetismo por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) en el 2009, la mortalidad infantil se ha reducido a un 16‰ NV y a un 17,5 ‰ NV en menores de 5 años. Se mantiene negativo la mortalidad materna que para el 2008 es de 68 por 100.000, el parto institucional es de 95.% (Fuente: Human Development Indices: A Statistical update 2010 New York: United Nations Development Programme, 2010. Acceso en: Jan 2011, enlace: http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdades_reportagens/index.).

Por otra parte, ha diversificado y hecho accesible geográfica y económicamente la educación, de igual manera la accesibilidad a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) de manera gratuita e incluidas en las escuelas públicas desde la educación primaria, (Proyecto Canaima), supero hasta un 94% de personas con abastecimiento de agua potable en el medio urbano y 75% en el medio rural para el 2005, con respecto a las aguas servidas alcanzó en el año 2004 un 95% a nivel urbano y 57% a nivel rural, superando la meta establecida de los ODM de un 60% , (Fuente: United Nations Statistics, División, Department of Economic and Social Affairs, Millenium Development Goals indicators 2010 acceso en fev.2011. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.asp>)

Para garantizar la atención en salud ha desarrollado un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), en el marco de la denominada Atención Primaria en Salud (APS) renovada, Castellanos (2007), que implica entre otros aspectos aumentar la cobertura, la accesibilidad y la capacidad resolutive de las instituciones de salud, desarrollando los Centros de Alta Tecnología (CAT) y el suministro de medicamentos de alto costo para las enfermedades crónico-degenerativas: enfermedades cardiovasculares, infarto al miocardio, enfermedades cerebro vasculares, hipertensión, insuficiencia renal crónica cáncer en todas sus formas y el tratamiento de los pacientes con Síndrome de Inmuno- Deficiencia Adquirida (SIDA), portadores de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades sistémicas de manera gratuita.

II.2.2.4. Declaración de Caracas

Por otra parte, de los documentos que más han contribuido a humanizar la atención de los pacientes con discapacidad mental es la denominada Declaración de Caracas para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica, dada su importancia y el cambio que se derivó de la misma la reproducimos a continuación y que sirvió de base para la conjunción de esfuerzos de la atención primaria en salud mental y las comisiones de derechos humanos para la protección de los enfermos y sus familiares, dando inicio a un proceso de reconocimiento en la legislación de varios países latinoamericanos.

1. Reestructuración de la atención psiquiátrica

Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

En esta declaración las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud evaluaron los siguientes aspectos:

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados a:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Y de lo anterior declararon:

- 1- Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

- 2- Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
- 3- Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b) basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados,
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;
- 4- Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
- 5- Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;
- 6- Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

En conclusión, se podría decir que la Declaración de Caracas ha “guiado” o “delineado” de alguna forma un “sistema de protección de derechos humanos” en el contexto de las personas con trastornos mentales que no existía con anterioridad a

su promulgación y cuyo fundamento jurídico descansa en las convenciones internacionales y regionales ratificadas por los Estados Miembros de la OPS/OMS. Vázquez, J (2000)

A la luz de estos resultados se comprenden mejor los cambios efectuados en Venezuela, y en Mérida en particular sobre la atención a los pacientes psiquiátricos, la creación de los hospitales de día, las Unidades Psiquiátricas de Agudos (UPA), la formación de un grupo de profesionales, con una amplia visión social y la generación de la “Experiencia de Mérida” del Dr. Francisco González Berti y su Programa Regional de Salud Mental Comunitaria, así como la creación del Hospital Psiquiátrico “San Juan de Dios” modelo para el país, del cual ha egresado un gran número de profesionales capaces de llevar a cabo Programas Integrales de Salud Mental. González, (2002).

II.2.2.5 Plan Nacional Simón Bolívar

Este documento define el Proyecto Nacional Simón Bolívar en su Primer Plan Socialista -PPS-del Desarrollo Económico y Social de la Nación para el período 2007 – 2013. A partir del 2 de febrero de 1999 se inició un proceso de cambios en Venezuela, orientado hacia la construcción del Proyecto Nacional Simón Bolívar, el cual continúa en esta nueva fase de gobierno para profundizar los logros alcanzados por las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social (PES) de la Nación 2001– 2007.

En este próximo período 2007–2013, se orienta Venezuela hacia la construcción del Socialismo del Siglo XXI, a través de las siguientes directrices:

- **Nueva ética socialista:** Propone la refundación de la Nación Venezolana, la cual hunde sus raíces en la fusión de los valores y principios más avanzados de las corrientes humanistas del socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar.
- **La Suprema Felicidad Social:** A partir de la construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno, se persigue que todos vivamos en similares condiciones, rumbo a lo que decía El Libertador: “La Suprema Felicidad Social”.
- **Democracia Protagónica Revolucionaria:** Para esta nueva fase de la Revolución Bolivariana se consolidará la organización social, tal de transformar su debilidad individual en fuerza colectiva, reforzando la independencia, la libertad y el poder originario del individuo.
- **Modelo Productivo Socialista:** Con el fin de lograr trabajo con significado, se buscará la eliminación de su división social, de su estructura jerárquica y de la disyuntiva entre la satisfacción de las necesidades humanas y la producción de riqueza subordinada a la reproducción del capital. (Chávez, 2007).

De lo anteriormente expuesto, se desprende que la II meta Suprema Felicidad Social abarca todo lo concerniente a la atención en educación y salud por lo que haremos referencia en particular a la misma, ya que expresa las políticas públicas del estado en estos sectores.

Profundizar la atención integral en salud de forma universal mediante: Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita. Reducir la mortalidad materno-infantil y en niños menores de cinco años. Fortalecer la prevención y el control de enfermedades. Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica. Incrementar la prevención de accidentes y de hechos violentos. Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y la rehabilitación de la población afectada

Profundizar la universalización de la educación bolivariana a través de Extender la cobertura de la matrícula escolar a toda la población, con énfasis en las poblaciones excluidas. Garantizar la permanencia y prosecución en el sistema educativo. Fortalecer la educación ambiental, la identidad cultural, la promoción de la salud y la participación comunitaria. Ampliar la infraestructura y la dotación escolar y deportiva. Adecuar el sistema educativo al modelo productivo socialista. Fortalecer e incentivar la investigación en el proceso educativo. Incorporar las tecnologías de la información y la comunicación al proceso educativo. Desarrollar la educación intercultural bilingüe. Garantizar los accesos al conocimiento para universalizar la educación superior con pertinencia.

Retomando lo planteado en el Plan Nacional Simón Bolívar (PNSB), se observa una voluntad política expresada en las disposiciones incluidas en este plan y reflejadas muchas de ellas en la Constitución Nacional de 1999, los logros obtenidos del mismo en la atención de salud se reflejan en el cumplimiento de las Metas del Milenio y en los indicadores anteriormente desarrollados (IDH, IBS).

El Plan Nacional Simón Bolívar marca el norte, el rumbo de los cambios estructurales del modo de vida de la sociedad venezolana, precisamente por ser cambios estructurales y no coyunturales generan una amplia y violenta resistencia y una necesidad de definirse ante la propuesta de cambio, genera crisis en una sociedad altamente politizada y con altos niveles de conciencia política y de su poder protagónico, esperamos que se logre el equilibrio, la negociación y que la universidad en este panorama recupere su lugar de "la casa que vence las sombras", donde la pluralidad del pensamiento sea una realidad y no un partido político único como ha venido sucediendo hasta ahora.

II.2.3. Teorías de la Salud Mental

La complejidad de los diferentes determinantes y factores que actúan sobre el estudiante de odontología, tanto en lo concerniente a sí mismo (Interno) como a su entorno, (externo) de la FAOULA y de la colectividad en que se desarrollan.

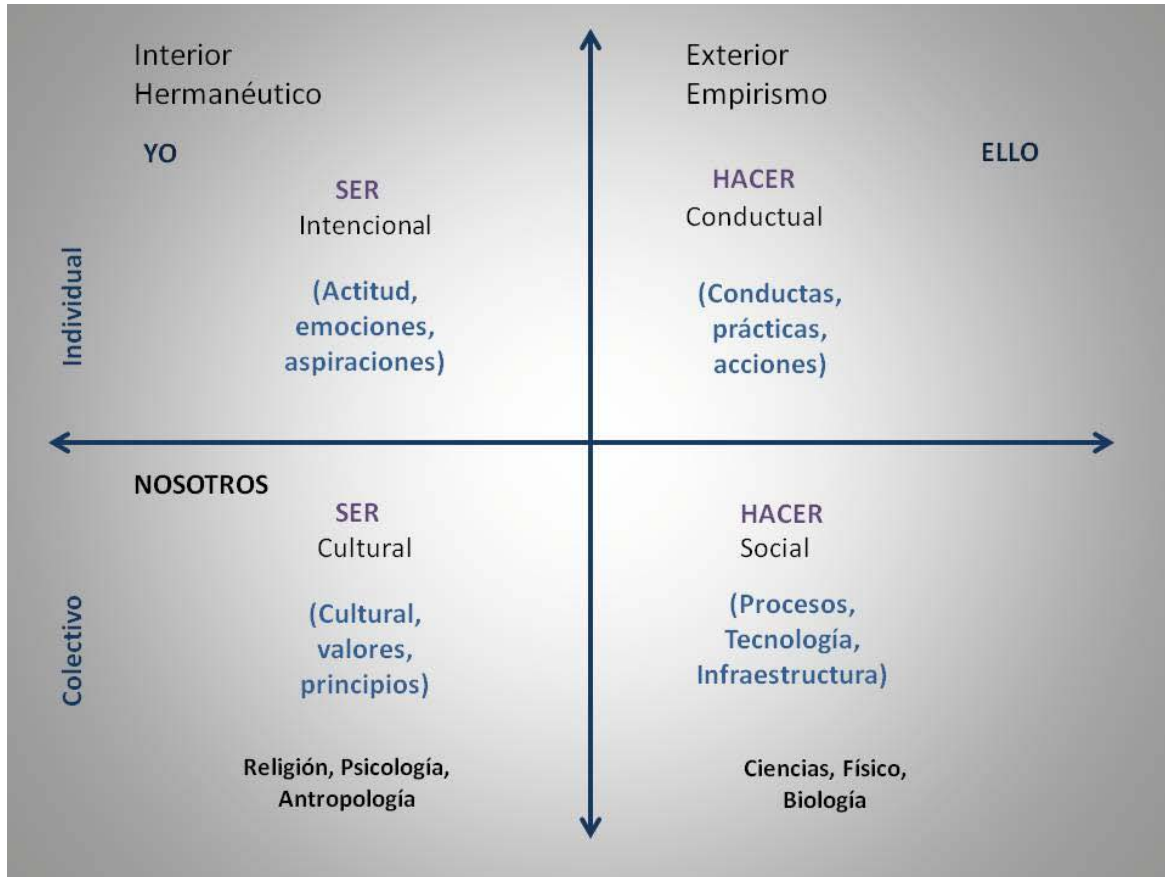
II.2.3.1. Modelo de los Cuatro Cuadrantes de Ken Wilber:

Con el propósito de realizar un estudio más completo de la situación del estudiante de Odontología, tomamos como referencia la propuesta de Cuatro Cuadrantes del Modelo Integral de Ken Wilber (2000), que propone un abordaje de la realidad más completo que los planteados desde otras perspectivas.

Según Poveda et al (2009) Ken Wilbert es el principal estudioso de la conciencia y psicología transpersonal, plasmada en su famoso Paradigma Integral, el cual se trata de una visión multidisciplinar e integral de la realidad y donde el autor anima a ser conscientes de la interacción entre el individuo y su salud, sus sentimientos, sus vínculos con los demás, su espiritualidad y su relación con el medio. Este modelo, en su conjunto, es aplicable a todas las disciplinas, tales como, la medicina, la psicología, la ecología, la empresa, el arte, la espiritualidad, etc. Y es también una invitación permanente a que trabajen en el análisis y enfoque de la realidad desde distintos ángulos, lo que les permitirá un análisis más pleno y consciente

El esquema de cuatro cuadrantes, en el que dicho autor esquematiza la realidad del ser humano, nos muestra una visión de lo objetivo y de lo subjetivo de lo individual y lo colectivo. De tal forma que en el primer cuadrante se representa el mundo subjetivo individual (yo), en el segundo el mundo objetivo individual ("ello", mundo de las cosas), en el tercero el mundo subjetivo colectivo (cultura,

intersubjetividad) y en el cuarto el mundo objetivo colectivo (aspectos sociales, interobjetividad) Wilber, (1994) (ver figura 3).



Fuente: Poveda et al. Evolución Integral. 2009

La figura 3. Esquema de los 4 cuadrantes de Ken Wilbert

Tomando como referencia el esquema de los cuatro cuadrantes, nos damos cuenta de que en el mundo académico, en el de la práctica clínica y en el de la investigación en el área de la Odontología, se evalúa normalmente la realidad, desde el segundo cuadrante (mundo objetivo individual), de tal forma, que se dejan de lado los aspectos que se pueden contemplar desde los otros cuadrantes, como son los relacionados con la subjetividad y la colectividad.

Para realizar una enseñanza más integral de la Odontología, es conveniente valorar, en los estudiantes, más allá de los factores considerados “objetivos” (rendimiento académico, prosecución, etc.), tomar en cuenta aspectos de su subjetividad y de las dimensiones culturales y/o sociales en las que se desenvuelven.

Por otra parte para explicar la salud mental diversos autores han desarrollado un conjunto de teorías que la define desde diferentes perspectivas. Dentro de estas teorías podemos resumir las cinco más citadas en el campo de la salud mental por diferentes autores. En el presente estudio se ha tomado el resumen realizado por Escobar y Cova (2006) en su práctica docente.

- a) El modelo de salud mental de Warr (1987):** Según este modelo la salud mental resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que las originan y ciertos atributos de la personalidad, además de otras características personales como son la edad, el género, el status socioeconómico, los valores personales y las habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales. De este modo, podemos decir que la salud mental se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Según Warr, las características del medio que inciden favorablemente en el nivel de salud mental son: la oportunidad de ejercer control sobre el medio, la oportunidad de utilizar y desarrollar los conocimientos y capacidades, la existencia de objetivos generados por el medio, la variedad de actividades, la claridad ambiental, la disponibilidad económica, la seguridad física, las oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y una posición social valorada; los mismos que si llegaran a faltar o darse exageradamente, incidirían desfavorable o menos positivamente en el logro de la salud mental.

b) Modelo de la Causacin Social (Mirowsky Y Ross, 1989): Señala que cuando hay una disminucin en los niveles de salud mental, esto se manifiesta en un estado subjetivo de malestar evidenciado por sntomas de depresin y ansiedad. Vincula las condiciones sociales objetivas de los sujetos con su bienestar: las diferencias sociales, de alienacin, de autoritarismo, de control personal y de flexibilidad cognitiva afectarían significativamente los niveles de salud mental.

Según el estudio “Una revisin crítica del modelo atributivo de la depresin”, realizado por Álvaro, J.L et al. (2010) y que resume los aspectos principales planteados por Mirowsky y Ross, existen distintas formas de entender la depresin desde un enfoque clnico, y puede ser definida como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo cognitivo y comportamental.

Desde un punto de vista conductual, se entiende la depresin como la consecuencia de la falta de refuerzo, o de la no contingencia entre conducta y refuerzo. Mientras que la teoría cognitiva concibe la depresin como un resultado de pensamientos inadecuados que distorsionan la realidad del individuo de forma negativa.

En cuanto a los criterios de diagnóstico también hay mucha variación, aunque generalmente incluyen la presencia de sntomas, la duracin de los mismos y una actividad disfuncional en diversas áreas sociales como el trabajo, las relaciones interpersonales, familiares, etc.

Desde el punto de vista psicológico y social, la depresin es un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido. Algunas características negativas son las manifestaciones de tristeza, desmoralización,

aislamiento, desesperanza, fracaso y pensamientos de suicidio. Mientras que el malestar físico se refiere a problemas de pérdida de apetito, la pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño, el agotamiento, etcétera.

Por tanto, la depresión, tal y como aquí la entendemos, no se refiere a un trastorno de la personalidad, sino a un estado subjetivo de malestar físico y emocional, entendido como el resultado de las presiones socio estructurales sobre el individuo.

Por ello, Mirowsky et al desestimo la rigidez en los diagnósticos de la depresión, y enfatizo la importancia de conocer las causas de la variabilidad en síntomas asociados a la misma, lo que hace posible indagar acerca de las causas de dicho deterioro y sólo así tiene sentido preguntarse por los factores que explican por qué unas personas o grupos sociales tienen una mayor probabilidad de sufrir mayores síntomas depresivos que otras y por qué los síntomas asociados a la depresión no se distribuyen de forma aleatoria entre la población.

c) Teoría de la Indefensin, Atribucin De Causalidad Y Depresin (Abramson, Seligman Y Teasdale, 1978): Explica la Indefensión Aprendida o Adquirida (learned helplessness) como una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado, la persona permanece pasiva frente a una situación dolorosa o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

La indefensión aprendida fue postulada en base al experimento realizado en perros por el psicólogo Martin Seligman. Ésta considera que los seres humanos depresivos tienen un estilo atributivo llamado estilo pesimista de causalidad, que consiste en atribuir los eventos adversivos incontrolables a

factores internos, globales y estables. Sin embargo, a raíz de diversas investigaciones en el tema, parece ser que este estilo de causalidad es más un efecto de la depresión que una causa y que la diferencia sustancial con los sujetos no depresivos es la falta del sesgo autoreforzante.

d) Teoría de la Atribución: Una de las teorías en la que se basan los autores para explicar la teoría de las expectativas de la motivación, es la teoría de la atribución. Dicha teoría reunió aspectos de la motivación de logro y de las teorías del locus de control para elaborarla. En general, las personas suelen referirse a cuatro conjuntos principales de atribuciones para sus éxitos y sus fracasos: la capacidad, el esfuerzo, la suerte y la dificultad. Estos factores son clasificados según su variabilidad o estabilidad, y según su causa interna o externa. A su vez, estas dimensiones se clasifican en otra más: la controlabilidad, que posibilita la distinción entre elementos que las personas creen que están bajo su control y los que no lo están. La combinación de elementos y dimensiones de la atribución difiere de un individuo a otro y con respecto a acontecimientos y actividades concretas. Lo que importa es el resultado que puedan tener diferentes combinaciones sobre una acción. Por ejemplo, cuando el sujeto piensa que su capacidad es estable e incontrolable, no realizará ningún esfuerzo por mejorarla. O cuando atribuye sus éxitos a la suerte, y por tanto es igualmente incontrolable, pensará que no tiene el control para producir de nuevo otro éxito.

El fracaso atribuido a una falta de capacidad es mucho más limitador que el fracaso atribuido a la mala suerte o a otros factores inestables. Por otro lado las atribuciones externas no influyen en la concepción del yo, pero son incontrolables. Por ejemplo no se puede cambiar la buena o mala suerte. Las internas, por el contrario, sí influyen en el autoconcepto, y lo pueden hacer de una manera positiva, aumentando la autoestima o por el contrario

disminuyéndola y por lo tanto, estas atribuciones afectarán a las expectativas y a nuestro rendimiento en el aprendizaje.

e) Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck (1983): Explica la depresión como consecuencia de las experiencias infantiles que inducen al sujeto a tener una imagen negativa de sí, de los demás y del futuro. Los depresivos manifiestan una triada cognitiva negativa y varios sesgos cognitivos (inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, errores evaluativos de la magnitud de un acontecimiento y personalización - generalización).

Álvaro, J.L., et al (2010) en el anterior estudio mencionado también hace un recuento de los aspectos más importantes de este modelo y plantea que hasta la década de 1970, los principales enfoques psicológicos explicativos de la depresión o bien procedían del psicoanálisis o estaban basados en las teorías del aprendizaje.

La crisis del conductismo y su paulatina sustitución por el paradigma cognitivista influirá en los modelos teóricos que tratan de dar cuenta de la aparición de la depresión. Estos comienzan, a partir de finales de 1960, no sólo a reconocer sino también a enfatizar el papel que algunos factores de naturaleza mental o cognitiva juegan en la génesis de la depresión. Dentro del ámbito de la psicoterapia, uno de los enfoques más influyentes fue el de Beck (1967; 1976), basado en el supuesto de que existe una relación causal unidireccional entre el sistema de creencias de la persona, sus afectos y emociones.

Según Beck, la base de la depresión se encuentra en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos. Esta tríada cognitiva, que tiene su origen en las experiencias tempranas del individuo, implica errores sistemáticos en el pensamiento

y distorsiones en el procesamiento de la información. Existe un determinado grado de vulnerabilidad o tendencia a la depresión, que es el resultado de la activación de determinados esquemas, constituidos por actitudes disfuncionales y pensamientos automáticos que desembocan en una percepción distorsionada de la realidad.

Situándonos en el ámbito de la psicología social, el giro cognitivista que se produjo en la psicología también tuvo un reflejo en las explicaciones de la depresión, que comienzan a buscar referentes teóricos en las teorías de la atribución (Álvaro y Páez, 1996; Garrido y Álvaro 2007).

f) Sesgos Sociocognitivos y Salud Mental, Ellis, (1987): Sostiene que los sujetos que presentan trastornos emocionales poseen formas de pensamiento irracionales. Al respecto, investigaciones posteriores agregan que los sujetos que presentan una leve depresión muestran ser más realistas en la visión de sí mismos, pero no presentan un estilo atributivo autoreforzante, ni ilusión de control. Tampoco presentan la tendencia a verse mejor que otros en habilidades, ni a creer que comparte sus creencias y sentimientos. Tienen una creencia realista de la probabilidad de sufrir acontecimientos adversos por lo tanto el estado de ánimo negativo predispone a un estilo convergente, reduccionista y conservador, de contraste, explicación y readecuación realista con el medio. De hecho, no es que los sujetos con baja salud mental tengan estilos irracionales de pensamiento, sino que no presentan los sesgos autoreforzantes que utilizan los sujetos no depresivos.

Además de estos cinco modelos explicativos, Escobar y Cova reconocen los siguientes factores que también inciden en los niveles de salud mental de los sujetos.

- Se ha visto que las personas que pertenecen a una clase social baja tienen mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, quizás debido a que disponen de menos repertorio material o psicológico o porque las personas con problemas de salud mental tienden a bajar de status social.
- Existe evidencia en relación al mayor deterioro psicológico de las mujeres, al respecto, algunas explicaciones destacan las diferencias biológicas, otras la socialización diferencial, la asignación de roles diferenciales, las diferencias en la expresión de la emoción, los malos tratos, las estrategias de afrontamiento o a la posición social desfavorable en el mercado laboral; en resumen, atienden a la situación social desfavorable para las mujeres.
- El desempleo, obviamente tiene efectos negativos en la salud mental, debido a que satisface las necesidades materiales y psicológicas básicas. Además del desempleo en sí, influye la naturaleza y las condiciones laborales.
- El estado mental es función de las habilidades que cada persona muestra en sus relaciones consigo mismo (habilidades intrapersonales), con su entorno social (habilidades interpersonales), y con su entorno físico y de referencia (adaptabilidad, manejo del estrés y resolución de problemas) Hughes et al, 2005.

II.2.3.2. Objeto de Estudio

Consideramos que un estudiante de odontología, supone una gran inversión a mediano y a largo plazo. El personal de la salud y singularmente los médicos y odontólogos contribuyen a la calidad de vida de las poblaciones que atienden. Por otra parte, las instituciones educativas públicas invierten en su formación una gran cantidad de recursos y los problemas de “Burnout” entre el personal odontológico pueden detectarse y prevenirse con este tipo de estudios. Poveda, JM (2011)

Molina,L., Pérez, S., Suárez, A y Rodriguez, G (2008) realizaron un estudio, sobre la importancia de resaltar los valores ausentes o negados en la praxis universitaria, para la toma de consciencia y trabajar los valores que deben favorecer el ambiente universitario y más aún en el campo de la salud. La formación que se le brinde al profesional de la salud debe partir de la realidad circundante y responder a las necesidades que éstas implican. La educación es la fuente de los valores donde se aprenden las grandes virtudes. Su importancia consiste en que el hombre logre su propia autodeterminación como persona.

Esta tarea educativa no es posible sin la cooperación de las instituciones, en este caso la universidad, por ello es imprescindible trabajar de la mano, acompañando el proceso de formación integral desde un proyecto de vida. Por eso, este estudio busca reafirmar los valores que hay que resaltar desde el quehacer educativo y aportar a la educación superior un aspecto por seguir trabajando.

Hablar actualmente de educación a nivel superior y más aún en el campo de la salud es hacer referencia a los vertiginosos cambios de la tecnología y el impacto de la globalización en el mundo educativo.

Ahora vislumbramos la educación desde su contexto y desde los diversos entes que influyen en la formación de los educandos, partiendo de la realidad vertiginosa que nos exige una educación innovadora y efectiva para alcanzar un profesional de la salud innovador, creativo y efectivo.

La preocupación de las universidades por ofrecer una enseñanza de calidad supone considerar todas las variables implicadas en el proceso enseñanza-aprendizaje. En este sentido es importante la identificación de los obstáculos y facilitadores que los estudiantes encuentran en el cumplimiento de sus tareas y la relación de éstos con el bienestar psicológico y desempeño académico. Molina,(2008).

Un ejemplo de lo anteriormente expuesto es el estudio de Soria et al. (2005), abarcó una muestra de 872 estudiantes de la Universidad Jaume I, procedentes de 18 titulaciones pertenecientes a los tres centros de esta universidad. Los resultados obtenidos a través de un cuestionario de autoinforme y técnicas cualitativas (brainstorming y focus groups), muestran una relación positiva entre obstáculos en el estudio, Burnot y propensión al abandono. Mientras que los facilitadores en el estudio se relacionan con el engagement, compromiso, autoeficacia, satisfacción y felicidad relacionada con los estudios.

En cuanto al desempeño académico se encontró la existencia de Círculos de espirales positivas y negativas en las relaciones entre Éxito / fracaso pasado, bienestar / malestar psicológico y éxito / fracaso futuro respectivamente. Por último, proponen medidas de intervención de cara a reducir obstáculos y optimizar los facilitadores del proceso enseñanza aprendizaje.

Este trabajo pone de relieve que el Burnot no sólo afecta a los profesionales del área salud sino que se amplía a una gama de profesiones diversas. La publicación del Maslach *Burnout Inventory-Student Survey* (MBI-SS) por Schaufeli et al. (2002) hizo posible estudiar el ‘*Burnout*’ fuera del ámbito ocupacional al definir sus dimensiones en referencia al ‘estudio’.

De este modo, a través de la investigación empírica se ha podido demostrar que los estudiantes también se queman por sus estudios, demostrando niveles de agotamiento, cinismo y falta de eficacia respecto a sus actividades académicas (Agut, Grau y Beas, 2001; Martínez, Marques-Pinto, Salanova y Lopez da Silva, 2000-2001, 2002;; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, y Grau, 2000; Schaufeli et al. 2002, y Schaufeli, Martínez, Marqués-Pinto, Salanova y Bakker, 2002b). citados por Soria et al., 2005

Finalmente a modo de reflexión sobre el objeto de estudio: los estudiantes y el instrumento de medición de la salud mental (Encuesta de Salud Mental de los estudiantes universitarios): Una encuesta realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL,1999) en adolescentes venezolanos y caribeños señala que aproximadamente un 33% refiere problemas de salud mental, siendo los síntomas depresivos y las conductas suicidas los más frecuentes. Las tasas más altas se observan en estados Unidos, Canadá y países de Centroamérica y el Caribe, alcanzando hasta 10 por 100.000 habitantes. De igual manera reporta que los adolescentes que se encuentran estudiando un 12% tenían en su haber un intento suicida y el 50% manifestó síntomas de depresión, mayor en el género masculino. Citado por Arias (2011)

Otro de los problemas que afecta de manera dramática la existencia de los jóvenes es el de la violencia, en América latina, un 29% de los asesinatos fue en adolescentes de 10-19 años, resalta el caso de Colombia, con un 15% de las muertes por la situación de guerra interna del país. Centroamérica por los pandilleros y México por los carteles asociados a la droga, igualmente los asesinatos en las zonas fronterizas y la migración a Estados Unidos en la búsqueda de una mejor oportunidad de vida. En el caso de Venezuela la violencia por atraco a mano armada, los secuestros y asesinatos, es decir la delincuencia organizada han generado un clima de desconfianza, incertidumbre y de miedo en que la mayoría de la población no disfruta y viven presos, tras rejas en sus mansiones, casas, apartamentos o ranchos por la inseguridad, la violencia en este caso no reconoce clases sociales. Este es el principal problema que deteriora la calidad de vida del venezolano y al que no se le ve solución en el corto plazo. CEPAL,(1999)

La situación que percibe la población venezolana es contradictoria con los resultados del Índice de Desarrollo Humano, (IDH) es de 0,677, clasificado como país con alto IDH, depende mucho de la posición política que se defienda; si bien los más favorecidos han sido las clases históricamente excluidas, desaparece el

estrato de la clase media alta constituida por los profesionales y profesores universitarios que han visto muy limitada sus niveles de ingreso y calidad de vida, con el consiguiente deterioro de su salud mental aunado a una extrema politización y partidización de la sociedad de la cual la universidad es un reflejo en el que priva la incompreensión, la intolerancia y la insatisfacción de los beneficios a los que estaban acostumbrados y que han sido interiorizados de la misma manera por los estudiantes que sienten en peligro su futuro, sin expectativas de trabajo y por ende de la satisfacción de sus necesidades básicas. Este es el contexto en que se realiza la investigación sobre Salud mental de los estudiantes universitarios.

II.2.3.3. Medición de la Salud Mental:

- Cuestionario de Salud General (GHQ-28): El General Health Questionnaire (GHQ) original fue elaborado por David Goldberg en 1972, con el objetivo de identificar alteraciones psíquicas en el ámbito hospitalario. Inicialmente estaba formado por 93 ítems y, posteriormente, ha sido abreviado en diferentes formatos, quedando demostrado en distintos estudios que las versiones reducidas tienen la misma utilidad que las completas, con unas propiedades psicométricas aceptables.

Desde que en 1979 Goldberg y Hillier diseñaron el GHQ-28, esta versión ha sido la más utilizada, y fue validada por Lobo y colaboradores en 1986, para la población española. El GHQ-28 no persigue establecer un diagnóstico clínico, sino detectar el estado general de salud mental, o bienestar, mediante la sintomatología presente en las dos últimas semanas. Evalúa la percepción que el sujeto tiene sobre su estado de bienestar. Ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de screening, como estimador de la salud mental en la población general (32). Está formado por 28 ítems agrupados en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión). Las respuestas se presentan en una escala tipo

Likert con 4 opciones posibles. Es un instrumento muy versátil y de fácil comprensión, por los diferentes grupos poblacionales independiente de su cultura, nivel económico y social.

Pastor y Aldeguez y su equipo de investigadores en el año 2000 elaboraron la “Encuesta sobre el estudio de Salud Mental” que contiene el test de Goldberg & Hillier y además aporta las siguientes áreas a ser valorados:

- a) Ayuda psicológica
- b) Estudios y salud
- c) Hábitos
- d) Grado de satisfacción con las personas que interactúan durante su carrera, es la encuesta utilizada en esta investigación.

II.3 INTELIGENCIA EMOCIONAL:

II.3.1. Conceptualización

Se define como Inteligencia Emocional (IE), a la capacidad de las personas para reconocer sentimientos propios y ajenos y su habilidad para manejarlos. Este concepto fue divulgado por David Goleman en su best-seller: Emotional Intelligence (1995), muy utilizado desde entonces en distintas áreas, la educativa para dar vigencia a la modificación de los currículos e incluir el manejo de las emociones, la motivación al logro y la llamada Inteligencia Afectiva en la enseñanza; desplazando el uso de medir la inteligencia solo por el Coeficiente Intelectual, la gerencial o de administración de empresas usado en diferentes modelos administrativos como el de la Calidad Total, y el Desarrollo Organizacional fomentando la Autoestima y el Crecimiento personal entre otros.

Goleman, citado por (Arias, 2011), plantea además que la IE se puede desagregar en cinco capacidades a saber: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación así como gestionar las relaciones.

Con la finalidad de realizar un estudio más completo de la situación de los estudiantes de Ciencias de la salud y Odontología, con base a las observaciones realizadas en las diferentes investigaciones realizadas por el grupo de investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) sobre salud mental, recomiendan la importancia de incluir además de el mundo académico, el de la práctica clínica y en el de la investigación en salud, se evalúa normalmente la realidad, desde el mundo objetivo individual, de tal manera que se dejan de lado, los aspectos relacionados con la subjetividad y la colectividad. Para esto es imperativo explicitar las relaciones intrapersonales, interpersonales y las de intercambio con el entorno físico en los que se manifiestan y realizan los estudiantes.

Llamamos Inteligencia Emocional a un conjunto específico de actitudes que se hayan implicadas dentro de las capacidades abarcadas por la inteligencia interpersonal (colectiva) e intrapersonal (individual). Hughes, M.(2005).

Las habilidades implicadas en la Inteligencia intrapersonal son:

- **Autoestima**, Es la habilidad de querernos a nosotros mismos tal como somos. Incluye la fuerza de nuestra auto confianza y nuestro auto respeto. Está directamente relacionada con otras competencias como *auto actualización, optimismo y felicidad*
- **Autoconciencia emocional**, Se basa en la familiarización con nuestros patrones de respuesta emocionales; nos aclara la percepción de la emoción y sus causas, el momento en que se originó, capacidad para evaluar el nivel o grado de ese estado, y es la raíz de las demás habilidades de la IE.

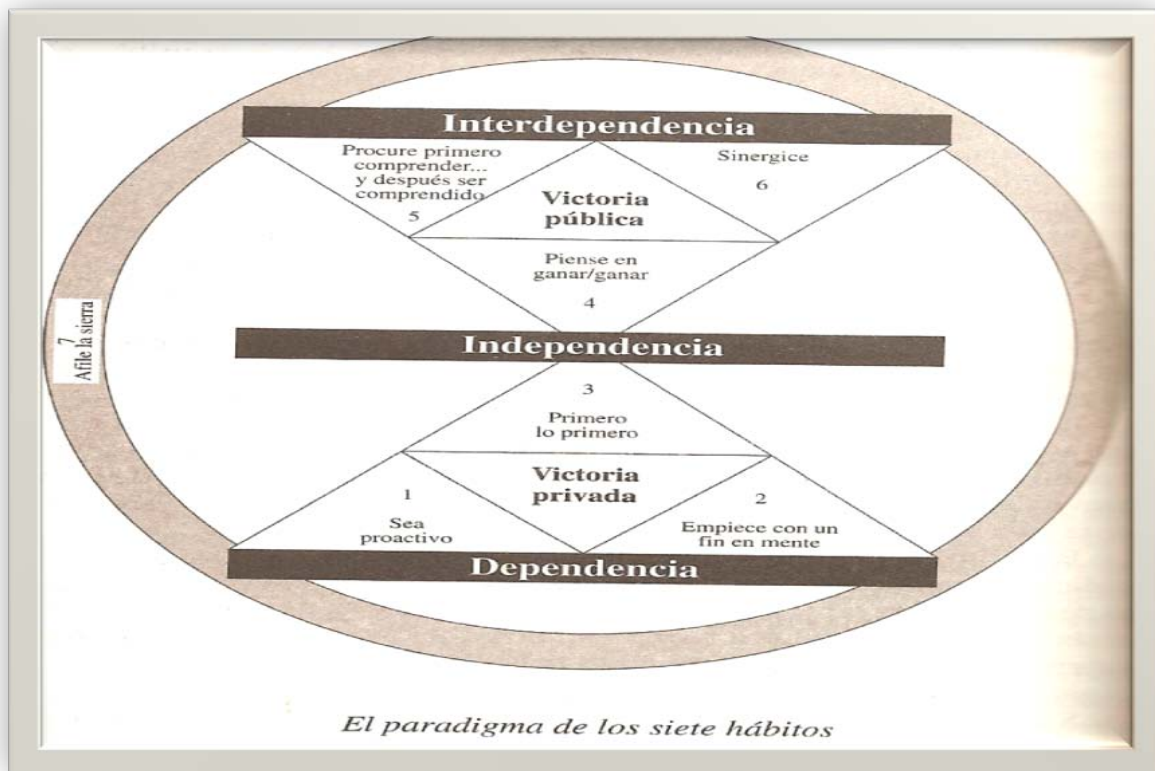
- **Asertividad:** Es la habilidad de poder decir a los otros con confianza lo que nos gusta y de lo que queremos mas y lo que no nos gusta. Evita los extremos de la pasividad y la rabia.
- **Independencia:** Es la habilidad para tomar decisiones basadas en una informada evaluación y entendimiento de la situación, sin tener la obligación de satisfacer las necesidades emocionales percibidas de cada uno que tenga una opinión sobre ello.
- **Auto actualización:** Es la capacidad para fijarse metas y alcanzarlas. Es nuestra propia medida del éxito., Según Maslow, H creador de la Teoría de las necesidades del ser humano jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades de orden superior.

Las habilidades interpersonales incluyen:

- **Relaciones interpersonales: Habilidad para establecer comunicación** con los demás.
- **Empatía:** Es la habilidad para escuchar y entender cómo se siente la otra persona y porque, incluso saber cómo esos sentimientos podrían cambiar. Es muy importante una actitud respetuosa de escucha activa.
Rogers, C, psicólogo norteamericano creador de la teoría humanista, participó en el desarrollo de la Terapia centrada en la persona (PCA; Person- centered approach).
- **Responsabilidad social:** ser capaz de cuidar y disciplinar nuestros esfuerzos de trabajo, para servir a los intereses de individuos y grupos más allá de nuestras necesidades personales, metas y preocupaciones.
Además se añaden manejo del estrés y adaptabilidad. (Poveda, 2011)

Uno de los representantes más conocidos acerca del tema es Bar-On, inventor del Cociente Emocional (CE), defiende que éste si es modificable y por eso sus investigaciones son tan importantes para la educación, escribió “ The emotional quotient inventory EQ-I a test of emotional intelligence”. Definió la IE como un conjunto de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen la habilidad propia de tener éxito al afrontar las demandas y presiones del medio ambiente” las resume en ocho (8) requisitos a saber:

Felicidad. Optimismo, Autoconciencia personal, Independencia, Ser resolutivo ante problemas, Responsabilidad social, Asertividad, Autoconciencia emocional ya descrito y citado por Poveda, 2011



Fuente: Los 7 Hábitos de la gente altamente efectiva. Stephen Covey

La figura 3: Paradigma de los 7 hábitos

Otro de los estudiosos de la IE y su efectividad es Stephen, Covey, autor del best-seller *Los 7 Hábitos de la gente altamente efectiva* plantea que “podemos ser muy eficientes, pero sólo seremos también verdaderamente efectivos cuando empecemos con un fin en mente”. Estos siete hábitos se muestran en la siguiente figura:

El éxito alcanzado por este autor a nivel de empresas y de personas se explica en la forma que se puede salir de la dependencia y lograr la (Victoria privada), pasar a la Independencia (Victoria pública) y lograr el éxito con la Interdependencia, Citado por Poveda (2011)

II.3.2.Componentes de la Inteligencia Emocional (IE).

Según Goleman, (2005) los componentes de la IE se agrupan en cinco a saber:

- a) Tomar conciencia de uno mismo es la capacidad de controlar los sentimientos en diferentes momentos, este ir y venir de un estado a otro, es fundamental para la penetración psicológica y la comprensión de uno mismo, es lo que varios autores llaman autoconocimiento.
- b) Manejo de las emociones es la capacidad de manejar sentimientos, adecuarlos, se basa en la conciencia de uno mismo, también llamado autocontrol.
- b) La automotivación es la capacidad de ordenar las emociones al servicio de un logro o fin esencial. Saber por qué hacemos las cosas.
- .d) La empatía es el reconocimiento de las emociones de los demás. Es decir, la autoconciencia de las emociones de los otros, vital en el campo que nos compete.

Los desarrollos actuales dirigen su atención a la Empatía como la forma más eficiente o eficaz de entrada en la realidad, una realidad que se constituye como el otro con el que negociar las formas más eficaces de acción conjunta. (Sánchez, 2010)

Desde una perspectiva psicoanalítica Freud definió a la Empatía como “el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental” citado por Sánchez, 2010.

Es a Kohut a quien se le atribuyen los avances más significativos en la forma contemporánea de entender el constructo de Empatía médica desde una perspectiva psicoanalítica basada en la teoría psicológica del yo Sánchez,(2010)

La *autoestima* es definida como la dimensión evaluativa del autoconcepto, en la que la persona se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo (autoafirmación) a lo negativo (auto-denigración) (Hewit, 2002). Se considera que una alta autoestima tiene una función hedónica o de bienestar general. Extensas investigaciones han encontrado que una alta autoestima tiene efectos beneficiosos para las personas, en tanto se sientan bien con respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. También se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extraversión, autonomía, autenticidad y a varios tipos de fenómenos interpersonales positivos: conducta prosocial, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en grupos (Kernis & Goldman, 2003; Leary & MacDonald, 2003). Por otro lado, una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alienación (Rosenberg & Owens, 2001).

La autoestima puede ser vista como una variable fundamental, particularmente, cuando las personas enfrentan y pasan por diversos problemas y

desafíos de la vida (Epstein, 2003; Kernis & Goldman, 2003) ya que ha demostrado jugar un rol importante en ayudar a las personas a enfrentar las situaciones estresantes actuando como almacenamiento de sentimientos positivos (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003). Las personas van a orientar su conducta en pos de mantener su alta autoestima en aquellos dominios considerados valiosos (Crocker & Park, (2004).citado por Vergara, 2009.

II.3.3. Instrumentos de Medición de la Inteligencia Emocional

Por ser parte del equipo multidisciplinar del proyecto que lleva a cabo la UAM sobre Salud mental y Resiliencia en estudiantes universitarios de Venezuela, Colombia y España para la Excelencia Educativa que dirige el Profesor José María Poveda, se utilizó los instrumentos que miden la Inteligencia Emocional”, compuesta por dos escalas, un inventario y un cuestionario:

1.- ***Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ)***, Creada en el Centro de Investigación en Educación y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Center for Research in Medical Education and Health Care. (Hojat, M, et al., 2002). Y adaptada para los odontólogos y parte de otra investigación de la ULA, que comparará sus resultados con los de Medicina y de Enfermería. Validada para la lengua castellana en México por la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey, y en Venezuela por la Universidad de Carabobo en Valencia (Alcorta, A., et al., 2005). La escala posee tres dimensiones:

- 1) Atención con Compasión
- 2) Toma de perspectiva
- 3) Ponerse en el lugar del otro

2.- Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino y Roger (Guarino, J.R., et al 2005), validada para la lengua castellana en Venezuela por la Universidad Simón Bolívar con la participación de la Universidad de Canterbury de Nueva Zelanda. Esta escala evalúa la sensibilidad emocional en tres dimensiones:

- 1) Sensibilidad egocéntrica negativa (SEN)
- 2) Sensibilidad Interpersonal positiva (SIP)
- 3) Distanciamiento afectivo o emocional. (DE)

3.- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (EA) modificado en su adaptación española (Cano, F., et al., 2007). Diseñado originalmente en inglés. Las estrategias de afrontamiento son la capacidad natural que tiene cada individuo de protegerse frente a todo aquello que le genere a cualquier nivel, angustia, dolor, ansiedad o sufrimiento. Incluye siete (7) subescalas:

- 1) Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva: indica un afrontamiento adaptativo basado en el problema, bien sea cambiando la situación, o bien su significado.
- 2) Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye dos subescalas: Apoyo Social y Expresión emocional, refleja un afrontamiento adaptativo basado en el manejo de las emociones que surgen del proceso estresante.
- 3) Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye dos (2) subescalas: Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indica un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien sea evitando las situaciones estresantes o bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
- 4) Manejo inadecuado centrado en la emoción: Incluye las subescalas: Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento desadaptativo

centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

- 5) Las escalas terciarias que surgen de la agrupación empírica de las secundarias como son:
 - a. Manejo adecuado: que incluye resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo Social y Expresión emocional reflejando esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante.
 - b. Manejo inadecuado: incluye las subescalas de Evitación de problemas, pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, provocando un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

II.4 SENSIBILIDAD EMOCIONAL:

II.4.1 Conceptualización:

Es importante la relación de la empatía en odontólogos y estudiantes de odontología con su sensibilidad emocional. Pues se parte de la premisa de que para ser empáticos se debe contar con determinado tipo de sensibilidad emocional, ésta ha sido motivo de preocupación y estudio hacia la década de los ochenta, cuando Davis (1980) desarrolló a través del enfoque multidimensional una escala que mide elementos empáticos con elementos emocionales (Interpersonal Reactivity Index). Esta escala ha sido ampliamente difundida y utilizada en estudios sobre la empatía. No obstante, algunos autores mencionan que en intentos por medir la preocupación empática a través del enfoque multidimensional, han resultado dos limitaciones básicas a saber: a) Se miden, en defecto, las posibles reacciones exocéntricas de los sujetos de estudio, dejando a un lado un gran número de posibilidades exocéntricas de responsabilidad emocional; y b) La forma en que fueron contruidos los ítems

para medir la variable no obedeció a un estricto análisis del constructo en sí, lo cual le podría conferir sesgos a las mediciones realizadas (Arias,2011).

Por tales motivos es razonable el estudio de los elementos vinculados con la sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología, con base a escalas de medidas confiables y válidas, que cuenten con estudios transculturales capaces de dar cuenta de estos atributos en dichos instrumentos. Guarino y Derek (citado por Sánchez, 2010 y Arias, 2011) han demostrado que en tal medición la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) es válida y confiable en estudios que intentan medir tres dimensiones de la variable: sensibilidad egocéntrica negativa,(SEN) sensibilidad interpersonal positiva (SIP) y distanciamiento afectivo,(DE) en poblaciones de hispanoparlantes. En este estudio, entonces, se relacionará la salud mental con la sensibilidad emocional, considerando para esta última su medición a través de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE).

II.4.2 Teorías de la Sensibilidad Emocional

El estudio de la personalidad y del temperamento se remonta a tiempos remotos, han sido muchas las teorías que han intentado explicarlas, por sus aportes a la comprensión de la misma, haremos referencia a la Teoría del Modelo Psicobiológico de Eysenck. Schmidt,(2009).

De los planteos filosóficos, Eysenck (1947, 1952) recogió el aporte de la tradición hipocrático-galénica. Empédocles (450 a. C.) había formulado una teoría según la cual todo en la naturaleza se compone de cuatro elementos: *aire, tierra, fuego y agua*. Hipócrates (400 a. C.) -médico griego cuyo juramento sigue vigente- basándose en la teoría de Empédocles formuló luego su Teoría de Temperamentos. Galeno, en la época romana, retomó estas ideas y las sistematizó (Pelechano, 2000)

Desde estas formulaciones filosóficas se consideró que el hombre es un reflejo en pequeña escala de la naturaleza (“microcosmos”) y, por lo tanto, está compuesto por los mismos cuatro elementos que el resto de las cosas. Cada uno de estos elementos es responsable del nivel corporal de uno de los fluidos (*sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema*), los cuales poseen una característica primordial (*cálido y húmedo, frío y seco, cálido y seco, frío y húmedo*, respectivamente) dando lugar a un tipo de temperamento según el humor predominante (*sanguíneo, flemático, colérico y melancólico*) (Pelechano, 2000).

Es interesante destacar que si bien la tipología de Hipócrates ha perdido vigencia tal y como fue planteada por este médico, la mayoría de las teorías actuales de personalidad se encuentran históricamente asentadas en la tradición del pensamiento griego. La tipología presentada ha sido inspiradora de muchas otras, descritas a lo largo de la historia por médicos y filósofos (Kant, Herbert, Ribot, Ebbinghaus, Wundt, Pavlov, etc.), se ha aplicado a la psicopatología (Hirt, Kraepelin, Ribot, etc.) y se encuentra presente también en la tradición astrológica (Pelechano, 2000). Citado por Schmidt, 2009

De la psicología experimental, la obra de Wundt (1832-1920) y su teoría del temperamento, Hull (1884-1952) y su teoría del aprendizaje, Pavlov (1849-1936) y Teplov (1896-1965), y los estudios del temperamento en animales no humanos, tuvieron mucha repercusión en sus planteos sobre el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) y las bases biológicas de algunas dimensiones de personalidad (específicamente, los conceptos de inhibición y excitación del SNC como base para explicar la dimensión extraversión).

Asimismo, el propio Eysenck (1967) relacionó el enfoque hipocrático-galénico con la obra de Wundt, a través de los planteos de I. Kant. Así, algunos autores (p. ej.,

Andrés Pueyo & Colom Marañón, 1999) han afirmado que la dimensión **neuroticismo** surgió de la tradición de I. Kant y W. Wundt, y de las aportaciones de R. Whytt (1765) al concepto de emotividad con relación a los desórdenes nerviosos, hipocondríacos e histéricos. Wundt (1867; citado en Pelechano, 2000), tras un análisis histórico similar al realizado por Eysenck, propuso dos parámetros para explicar las diferencias humanas en función del tipo de respuesta: la velocidad de la reacción emocional (con dos valores: rápida y lenta) y la intensidad de esa reacción (también con dos valores: fuerte y débil). La interacción entre los dos parámetros daría lugar a los cuatro temperamentos de Hipócrates.

La relación entre las dimensiones neuroticismo (N) y extraversión (E) propuestas por Eysenck y el antiguo esquema Hipócrates-Galeno-Kant-Wundt de los cuatro temperamentos es evidente. Los rasgos que forman parte de cada una de las dimensiones representan el resultado de una gran cantidad de estudios que, a través de procedimientos estadísticos, han mostrado que los mismos se hallan intercorrelacionados en una variedad de muestras (Eysenck y Eysenck, 1994). Es un hecho empírico que una proporción grande de varianza común producida por las correlaciones observadas entre estos rasgos se puede considerar de acuerdo a estos dos factores (Eysenck y Eysenck, 1985).

Por otra parte, los estudios de Pavlov (1972); citado por Pelechano (2000), si bien utilizó las mismas tipologías, les asignó distintas causas, a partir de sus estudios en perros; los dividió en 2 grupos: los fuertes y los débiles, según la fuerza de excitación. Los fuertes se dividen según sus relaciones de intensidad en equilibrados y no equilibrados. Los fuertes y equilibrados según la movilidad de sus procesos también se dividen en impulsivos y lentos. Al final la clasificación se corresponde a los temperamentos de los griegos.

Tanto la teoría de Kretchmer como la de Sheldon se consideran constitucionales, ya que toman como base de su clasificación características físicas: aspectos faciales, estructura corporal, tamaño de las distintas partes del cuerpo. Se considera que estas teorías son el antecedente histórico de la búsqueda de las bases biológicas de la personalidad. Los mencionados autores plantearon el estudio de la personalidad tomando como punto de partida una base material: la constitución física. Eysenck sostuvo desde los inicios, la existencia de una base material comprobable o altamente presumible para sus dimensiones de personalidad. Tal base material ya no sería la estructura corporal sino el Sistema Nervioso Central (SNC), (como causa próxima) y los genes (como causa última).

Eysenck (1947; 1952) retomó también las ideas de C. Jung (1875-1961) acerca de las relaciones entre normalidad y psicopatología, y acerca del concepto de introversión. Jung, psiquiatra y psicoanalista suizo, dio popularidad a los conceptos de introversión y extraversión en un intento por resolver el conflicto entre dos posturas psicoanalíticas encontradas: la freudiana (con su énfasis en el concepto de la libido y en la satisfacción interna del yo) y la adleriana (con su énfasis en la potencia y en la satisfacción externa del individuo). Jung escribió:

El espectáculo de este dilema me hizo reflexionar acerca de la pregunta: ¿existen dos tipos de humanos diferentes, uno de ellos más interesado en lo subjetivo, y el otro más interesado en lo objetivo? He estudiado esta cuestión durante mucho tiempo (...) y llegué a postular dos tipos fundamentales: la introversión y la extraversión. (Cohen, 1974).

Afirmó que el individuo con un temperamento extravertido está centrado en el mundo, es espontáneo y abierto; mientras que el introvertido está centrado en su yo, en su intimidad, es cerrado, impenetrable y se repliega fácilmente sobre sí mismo

Los rasgos enunciados bastan para mostrar cuánto se acerca Jung al modelo Hipócrates- Galeno-Kant-Wundt desarrollado previamente.

Por otra parte, Jung (1921; citado en Eysenck y Eysenck, 1987) consideró que la neurosis era esencialmente independiente de la introversión y sugirió un continuo entre la psicastenia (introversión extrema) y la histeria (extraversión extrema).

Para comprender el planteo dimensional de Eysenck para las dos primeras dimensiones consideradas por él: N y E, es necesario conjugar la idea de Jung con la propuesta de Kretschmer, quien planteó un continuo entre la esquizofrenia en un polo (esquizotimia extrema) y la enfermedad maníaco-depresiva en el otro (ciclotimia extrema). El modelo de Jung sugirió a Eysenck la existencia de E (a partir de sus “dos tipos fundamentales: la introversión y la extraversión” tal como los llamaba Jung) y de N (puesto que tanto la psicastenia como la histeria pertenecían al grupo de los llamados tres. Todas las teorías constitucionales son tipológicas ya que plantean la existencia de categorías discontinuas y excluyentes. La Fisionomía, Frenología (Gall), Grafología, Formulaciones Morfológicas (Hipócrates, Kretschmer, Sheldon) son ejemplos de teorías constitucionales. Las tipologías, al suponer la existencia de categorías discontinuas y excluyentes, dificultan la ubicación de un individuo en alguno de los diversos tipos. Se ha visto que en la práctica es imposible encuadrar con nitidez a un individuo dentro de un tipo de manera exclusiva. Es en parte por esta razón que actualmente pocos autores sostienen modelos o sistemas de clasificación tipológicos para sus teorías de personalidad.

Las dimensiones básicas según Eysenck son: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P). Las personas pueden ser descritas en función del grado de E, N y P, y pueden ser ubicadas en algún punto del espacio tridimensional que estos suprafactores generan. De este modo, un sujeto no es simplemente extravertido sino que tiene algún grado de E. Y las tres dimensiones deben ser tratadas como

categorías no excluyentes. De allí que todo sujeto pueda ubicarse en el continuo representado por las mismas.

La teoría de Eysenck incluye una cuarta dimensión de personalidad: la inteligencia general o factor g (dimensión de las habilidades cognitivas, que tiene características especiales y distintivas con respecto a las tres dimensiones del temperamento y el carácter).

El Neuroticismo es una dimensión relacionada con la disposición a padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Un individuo con alto N es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa (Eysenck, 1990).

Un individuo extravertido es: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero (Eysenck, 1990). (Eysenck y Eysenck, 1985) destacó dos rasgos centrales en esta dimensión: la sociabilidad y la actividad.

Un individuo con alto P es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo, rígido y poco empático. Un individuo con bajo P es: altruista, empático, responsable, socializado y convencional (Eysenck, 1990).

Paralelamente a estas incipientes ideas que empezaron a perfilarse, Eysenck (1952) vio la utilidad de una extensa base de datos fundada por Aubrey Lewis (director de investigación del Maudsley Hospital de Londres) que contenía informaciones sobre datos personales, síntomas y diagnósticos realizadas a cada paciente. Con esa información emprendió dos estudios. En el primero, estimó la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, obteniendo resultados poco alentadores

que no se atrevió a publicar. En el segundo, realizó análisis para investigar los posibles determinantes de la estructura básica de la personalidad (Gutiérrez-Maldonado, 1997). Como resultado de este segundo estudio y motivado por los aportes teóricos que se hallaba revisando, cobró mayor fuerza su idea de tres factores de personalidad (P-E-N) y su enfoque dimensional, sentando de esta manera las bases de lo que sería el “programa de investigación” de su vida: el estudio científico de la personalidad.

Los estudios se multiplicaron, produciendo una cantidad y calidad de información como nunca antes se había visto (Gutiérrez-Maldonado, 1997). Este fue el comienzo del estudio sistemático de las tres dimensiones más prolíferas de personalidad, dos de las cuales (E y N) se consideran indiscutiblemente en la actualidad, dimensiones básicas de personalidad.

Con esquemas alternativos, se ha arribado a resultados similares: en el Modelo de los 5 Grandes Factores (*FIVE FACTOR MODEL*) de Costa y McCrae (2000), se postula la existencia de los factores *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura*, *Acuerdo* y *Escrupulosidad*; en el Modelo de los 5 Alternativos de Zuckerman (1992), *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Actividad*, *Búsqueda de sensaciones-Impulsividad* y *Agresión-Hostilidad*; en el Modelo de Cloninger (1999), se hipotetizaba en principio la existencia de tres factores: *Búsqueda de Novedad*, *Dependencia de Recompensa* y *Evitación de Daños*, y luego se agregaron a los factores ya mencionados, *la Persistencia*, *Autodirectividad*, *Cooperación* y *Trascendencia*. Otros modelos de personalidad incluyen más factores (por ejemplo, el Modelo de Personalidad de 16 Factores de R. B. Cattell, 1982).

Algunos autores han relacionado el Modelo de los Cinco grandes con la cultura de la que proceden las personas, Lebovich et al, citan a Kroeber (1971) citados por Arias (2011), consideran que los perfiles de personalidad de una cultura

se pueden conceptualizar de la siguiente manera: A) Ethos: nivel supraorgánico referido a características que describen las instituciones, costumbres que se expresan en sus cuentos folclóricos, organizaciones políticas, formas de crianza y creencias religiosas. B) El carácter nacional- describe los rasgos de personalidad reconocidos como prototipos en los miembros de una cultura, estas características son descriptivas no valorativas y c) Conjunto de características de personalidad- en ella el foco de interés es caracterizar individuos de una cultura. Arias, (2011)

A modo de conclusión Estas dimensiones descriptivas también tienen un sólido fundamento en teorías explicativas biológicas, fisiológicas y genéticas. En el plano explicativo, Eysenck ha sembrado la semilla para el estudio de los correlatos biológicos de las dimensiones de personalidad: identificó, describió y explicó de manera sólida, al menos, dos de las tres dimensiones. La mayoría de los modelos posteriores recogieron sus aportes y elaboraron modelos dimensionales que contienen un reducido número de factores ortogonales (no correlacionados) que intentan explicar buena parte de la varianza observada en el comportamiento humano. Schmidt, 2009

Todos ellos ambicionan alcanzar un nivel explicativo (el nivel de las causas proximales y distales), pues ya no se discute que los rasgos están determinados biológica y genéticamente, sólo que muy pocos teóricos de la personalidad han contribuido a clarificar los mecanismos neurobiológicos y las causas genéticas de las dimensiones de la personalidad. Actualmente, se están considerando propuestas más complejas (por ejemplo, la de Gray, Zuckerman o Cloninger) que las presentadas por Eysenck. Adaptarse a las nuevas demandas, podrían desencadenarse respuestas físicas, psicológicas y conductuales negativas. Los acontecimientos vitales negativos, ambiguos, inesperados y poco controlables se relacionan significativamente con trastornos psicológicos, aunque un locus de control

interno y un optimismo disposicional pueden favorecer el ajuste y la buena afectividad en estas situaciones.

Por su importancia cerramos el aparte de las teorías con el modelo Psicobiológico de la personalidad de Eysenck, la que más se ajusta a nuestro estudio *“La personalidad es una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina”* Eysenck y Eysenck, 1985,p 9)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

III.1 Objetivos de la Investigación

III.1.1. Objetivo General:

Analizar el perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología de la Universidad de Los Andes en situaciones de baja y alta exigencia académica.

III.1.2 Objetivos Específicos:

- 1.1. Comparar el nivel de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología durante los años de carrera.
- 1.2. Relacionar el nivel de salud mental con la ayuda psicológica requerida y las causas de la misma.
- 1.3. Relacionar el nivel de salud mental con la escala de sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología.

III.2 HIPOTÉISIS GENERAL:

El perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes difiere significativamente en situaciones de alta y baja exigencia académica.

III.3. METODOLOGÍA:

III.3.1. Tipo y diseño de Investigación:

Se realizó una investigación de tipo analítico cuantitativa. Las fuentes de información fueron vivas con un diseño de campo. La recolección de los datos se hizo longitudinalmente para un mismo sujeto durante la carrera en dos momentos: una en Enero 2010 al inicio de las actividades docentes en primero y tercer año cuando no estaban sometidos a exigencia académica y una segunda aplicación en mayo 2011 al segundo y cuarto año cuando se encontraban cursando el final del curso y en etapa de exámenes finales.

III.3.2. Población Estudiada:

La población estuvo conformada por 324 estudiantes de 1º, 3º y 5º año pertenecientes a U-2010 de la carrera de odontología y 208 estudiantes del 2º y 4º año pertenecientes al U-2008. De esta población aceptaron de manera voluntaria 169 (52,16%) personas de la primera cohorte, al depurar la base de datos, quedan 108 (63,9%) y de 111 (53,37%) personas, al depurar la base de datos, restan 80 (72,1%) de la segunda cohorte. No se incluyeron en el análisis los 61 alumnos, de 5º año porque se acababan de graduar y no habían realizado la inscripción el nuevo ingreso. La población para la primera cohorte de género femenino de 140 sujetos (82,8%) y de género masculino del 29 (17,2%) personas. Para la segunda cohorte la distribución por genero fue de 88 (79,3%) personas de género femenino y 23 (20,7%) personas de género masculino.

III.3.3. Procedimiento de recolección de datos:

Se hizo contactos con el personal del Departamento de Odontología Preventiva y Social con la finalidad de solicitar su ayuda para informar a los estudiantes y utilizar

las horas de clase de Epidemiología, Salud Pública y Pasantía Comunitaria para la aplicación de la encuesta.

Se hizo una presentación en Power- Point, sobre los orígenes y alcances de la investigación por la profesora de Medicina Ana Carlota Pereira ya que no había odontólogos cursando el doctorado.

Se solicitó autorización a las Autoridades de la Facultad de Odontología y al Consejo de Facultad a través del representante profesoral Dr. Reinaldo Zambrano, quién además funge como cotutor del trabajo.

A las horas establecidas, se dieron las instrucciones para el correcto llenado de las encuestas y se hizo entrega del consentimiento informado, aclarando que las mismas eran anónimas, voluntarias y sus resultados se emitirían en forma global, dando cumplimiento de esta manera a los requisitos éticos y legales de toda investigación en seres humanos.

Al inicio del encuentro se dio lectura a la carta de la Presidenta de los estudiantes de la UAM Erika Torres San Narciso, en la que les invitaba a participar en esta investigación y hacerse miembro de la red de estudiantes del proyecto Salud Mental. Esta actividad facilitó la realización de la actividad y sus deseos de participar, solicitando conocer los resultados del estudio.

Una vez obtenida la información, se procesaron las encuestas en la base de datos de Excel, y se enviaron como estaba pautado a la Cátedra de estadística del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la UAM y al Director del Programa de Doctorado.

Se contactó con los profesores responsables de la Cátedra de Desarrollo Humano para conocer mejor el Programa de Atención Integral al estudiante de Odontología y discutir en conjunto los resultados, tanto el DEA como los resultados preliminares que han sido presentados en las dos últimas Jornadas de Salud Mental realizadas como parte de las actividades y obligaciones de los doctorandos en San Juan de Los Morros, con la presencia de los profesores de la UAM, Dr. Jesús Poveda y Dra. María del Carmen Sellán y en Mérida con el Dr. José María Poveda en sus asesoría y supervisión en los años 2010-2011.

La segunda aplicación de los instrumentos se realizó en mayo del 2011, debido al retraso para el inicio de las actividades docentes. Se aplicó la Encuesta de salud mental de estudiantes universitarios de Pastor y Alderguer que incluye el Goldberg (GHQ28 plus), la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE), de Guarino y Rogers, en las clases de Ética y Epidemiología contamos con la valiosa colaboración de los profesores de ambas materias, que cedieron su hora de clases y ayudaron en la recolección de las encuestas.

Los resultados del estudio se han procesado con el paquete estadístico SPSS 17.0, se realizaron pruebas paramétricas. T de students, promedio de medias, medidas de frecuencia, de intensidad y de dispersión. Análisis de Significancia estadística el Chi cuadrado. Coeficiente de Pearson, para correlacionar las variables en estudio: Salud Mental, y Sensibilidad Emocional.

III.3.4. Variables de estudio:

Las variables de estudio fueron el nivel de Salud mental y la Sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología, así como sus dimensiones. En el caso particular de la variable salud mental se estudió las necesidades de ayuda psicológica, causas y grado de satisfacción con profesores, compañeros y personal

administrativo y de servicios (variables independientes) en relación con el nivel de Salud mental (variable dependiente). La definición de las variables y sus dimensiones, así como los indicadores y escalas para su medición se explican a continuación en el segmento de los métodos e instrumentos de recolección.

III.3.5. Métodos e instrumentos:

1. Cuestionario de Salud General (GHQ-28): El General Health Questionnaire (GHQ) original fue elaborado por David Goldberg en 1972, con el objetivo de identificar alteraciones psíquicas en el ámbito hospitalario. Inicialmente estaba formado por 93 ítems y, posteriormente ha sido abreviado en diferentes formatos, quedando demostrado en distintos estudios que las versiones reducidas tienen la misma utilidad que las completas, con unas propiedades psicométricas aceptables.

Desde que en 1979 Goldberg y Hillier diseñaron el GHQ-28, esta versión ha sido la más utilizada, y fue validada por Lobo y colaboradores en 1986. El GHQ-28 no persigue establecer un diagnóstico clínico, sino detectar el estado general de salud mental, o bienestar, mediante la sintomatología presente en las dos últimas semanas. Evalúa la percepción que el sujeto tiene sobre su estado de bienestar. Ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de screening, como estimador de la salud mental en la población general. Está formado por 28 ítems agrupados en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión). Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con 4 opciones posibles. Es un instrumento muy versátil y de fácil comprensión, por los diferentes grupos poblacionales independiente de su cultura, nivel económico y social. . Cada ítem puntúa de 0 a 1. Las respuestas a y b se puntúan 0 y las respuestas c y d se puntúan 1.

Puntuaciones de cada una de las 4 subescalas: rango de 0 a 7 Puntuación total de las 4 escalas: rango de 0 a 28. TEST DE GOLBERG POSITIVO: puntuación total mayor de 5. El encuestado debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas, no en el pasado, el punto de corte se sitúa en 5/6 (no caso/caso) sirve para detectar problemas de nueva aparición. Los aportes de la encuesta de salud mental de estudiantes universitarios del equipo de investigadores de la UAM, son: **b.- ayuda psicológica; c.- estudios y salud**, estas dos escalas sirven para relacionar el antes y lo actual; **y d.- hábitos**, sirve para relacionar cómo ve el individuo los hábitos del grupo y como son los progresivamente peores. También mide el grado de satisfacción de los estudiantes con los profesores, compañeros y personal administrativo y de servicios. Estos aspectos se incorporan por el equipo de investigadores de la UAM, y se registra como la Encuesta de Salud Mental de los Estudiantes Universitarios en Madrid, Pastor, (2000)

2. Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino y Roger:

Validada en español por la Universidad Simón Bolívar en Venezuela. Esta escala mide tres dimensiones: a) Sensibilidad egocéntrica negativa, b) Sensibilidad interpersonal positiva y c) Distanciamiento emocional.). La escala consta de 45 ítems que puntúan verdadero (1) y falso (0). (Guarino, JR., et al., 2005). La escala consta de 3 dimensiones o factores:

1. **Sensibilidad egocéntrica negativa** (22 ítems). Puntuaciones: rango de 0 a 22. Comprende los Items: (1, 2, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 34, 38, 40, 41, 45). Mide las emociones negativas del individuo frustración, autoestima, rabia, etc. Con preguntas como por ejemplo: (1) Con frecuencia tengo la sensación de que quiero abandonarlo todo. (10) Yo me pongo fácilmente ansioso(a) y estresado (a) cuando veo a algún familiar o

amigo cercano enfrentando un problema y desearía no estar allí. Y la pregunta. **(41)** Yo puedo controlar mis nervios fácilmente. Esta pregunta para contarla debe haber sido marcada como falsa

2. **Distanciamiento Emocional** (10 items). Puntuaciones: rango de 0 a 10. Comprende los Items: (8, 12, 28, 29, 30, 33, 36, 42, 43, 44) es una forma de poner distancia ante los problemas, por ejemplo: (12) Yo trato de no involucrarme emocionalmente con la gente que está pasando situaciones difíciles. (36) Me resulta fácil reconocer y entender los sentimientos de otros, pero no involucrarme con ellos.
3. **Sensibilidad Interpersonal Positiva** (13 items). Puntuaciones: rango de 0 a 13. Comprende los Items: (3, 5, 7, 11, 15, 19, 24, 26, 31, 32, 35, 37, 39) Expresa las emociones positivas, el deseo de ayudarse a sí mismo y a otros, es la que predomina en personas con vocación de servicio y cuyas profesiones se relacionen con la salud. Por ejemplo: (3) Con frecuencia pienso en las maneras de ayudar a la gente en dificultad. (19) Me siento molesto(a) cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada para ayudar a otra gente que está teniendo problemas. Para contabilizar las respuestas de la **(32)** Yo no trato de averiguar cómo la gente a mi alrededor se siente y la **(39)** Es algo difícil para mí conocer los estados de ánimo de la gente a mi alrededor, deben haber sido contestadas como falsa

Análisis Estadístico:

Se creó una base de datos informatizada utilizando el programa Excel (Microsoft Office, Versión 2007). Los datos fueron recogidos de los instrumentos aplicados. Una vez limpiada la base de datos se realizó el análisis estadístico utilizando el programa estadístico SPSS 17 (SPSS Inc).

Tamaño Muestral

Estadística Descriptiva

Las variables cualitativas se resumieron mediante el cálculo de frecuencias absolutas para cada modalidad y relativas, expresadas en porcentajes. En el caso de variables cuantitativas, se procedió al cálculo de medidas de tendencia central (media y/o mediana) y de dispersión (desviación estándar). La representación grafica utilizada fue el diagrama de barras para las variables cualitativas y cuantitativas.

Inferencia Estadística

Para comparar las variables cualitativas entre los diferentes grupos se aplicó la prueba de chi cuadrado (corrección de Yate). En el supuesto de distribuciones normales se utilizaron las pruebas t de Student o ANOVA. La prueba de hipótesis se aplicó bajo los supuestos de biteralidad, nivel de significación $p \leq 0,05$ y potencia ($1 - \beta$) del 80%. Para el cálculo de los distintos estadísticos se utilizará el programa SPSS versión 17 (SPSS Inc).

CAPITULO IV

Tabla 1. Media y desviación típica de las sub-escalas del Goldberg según el año de carrera de estudiantes de Odontología en situación baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010, U-2008.

	U-2010		U-2008	
	BE (n= 54)	AE (n= 82)	BE (n= 54)	AE (n= 26)
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
Síntomas Somáticos (A)	1,20 ± 1,74	1,88 ± 1,94 ^o	1,28 ± 1,82	1, 69 ± 1,99
Ansiedad Insomnio (B)	0,89 ± 1,36	2, 22 ± 1,92 [*]	0,96 ± 1,90	1,96 ± 1,92 ^o
Disfunción Social (C)	0,46 ± 0,92	0,96 ± 1,17 [†]	0,44 ± 0,90	0,81 ± 1,23
Depresión (D)	0,22 ± 0,74	0,23 ± 0,89	0,07 ± 0,26	0,31 ± 0,97
Total GHQ28	2,78 ± 3,57	5,27 ± 4,54 [*]	2,76 ± 3,97	4,77 ± 4,51 ^o

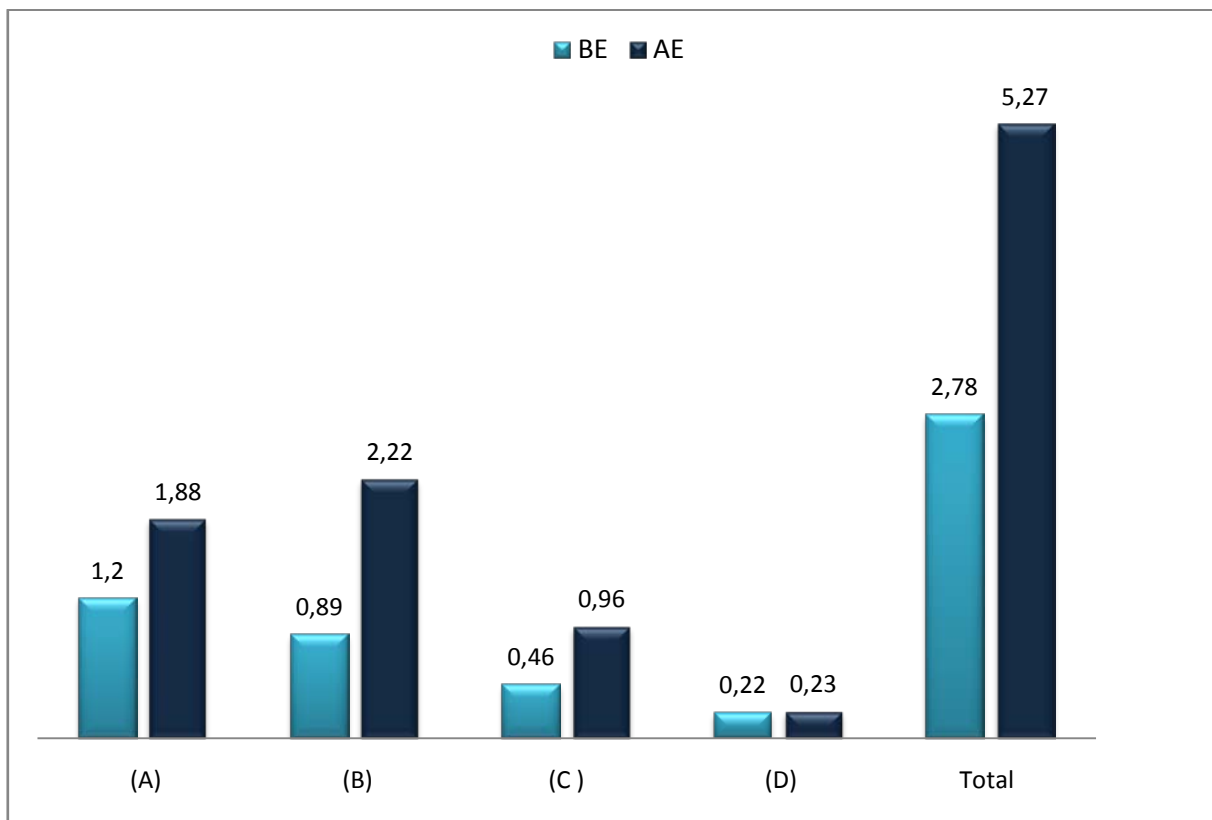
Fuente: Cuestionario de Goldberg .BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia ^{*}p< 0,001; [†] p = 0,009; ^o p < 0,05 por t de Students

Al aplicar la t de Students para muestras independientes, a los resultados obtenidos de las cuatro subescalas del HGQ28, tabla 1, evidencia que las medias son mayores para la subescala (A), en periodos de BE; (1,20 ±1,88 y de 1,74 ± 1,94) en periodos de AE, fue ligeramente significativa con una (p< 0,009), en la cohorte U-2010. En la U-2008 ambas medias se comportan de manera similar, en periodos de BE (1,28 ± 1,69 vs 1,82 ± 1,99) y de AE, respectivamente.

La Subescala (B) muestra mayor variación en ambas situaciones de una media en periodos de BE de (0,89 ± 2,22 pasa a 1,36 ±1,92) en periodos de AE, siendo esta diferencia significativa con una (p<0,001). En periodo de BE, la media aumenta (0,96 ± 1,96 a 1,90 ± 1,92), en periodo de AE siendo ligeramente significativa

($p < 0,005$). Las subescalas (C) y (D) mantienen valores similares en periodos de BE, disminuyen ligeramente en periodo de AE, las diferencias no son significativas en ambas cohortes.

El puntaje final del GHQ28 muestra un incremento importante en ambas situaciones: de una media en periodos de BE ($2,78 \pm 5,27$) se incrementa a ($3,57 \pm 4,54$) en periodos de AE de la cohorte U-2010, siendo esta significativa ($p < 0,001$), mientras que en la U-2008 en periodo de BE ($2,76 \pm 4,77$) aumenta a ($3,97 \pm 4,51$) en periodo de AE, siendo ligeramente significativa con una ($p < 0,009$).

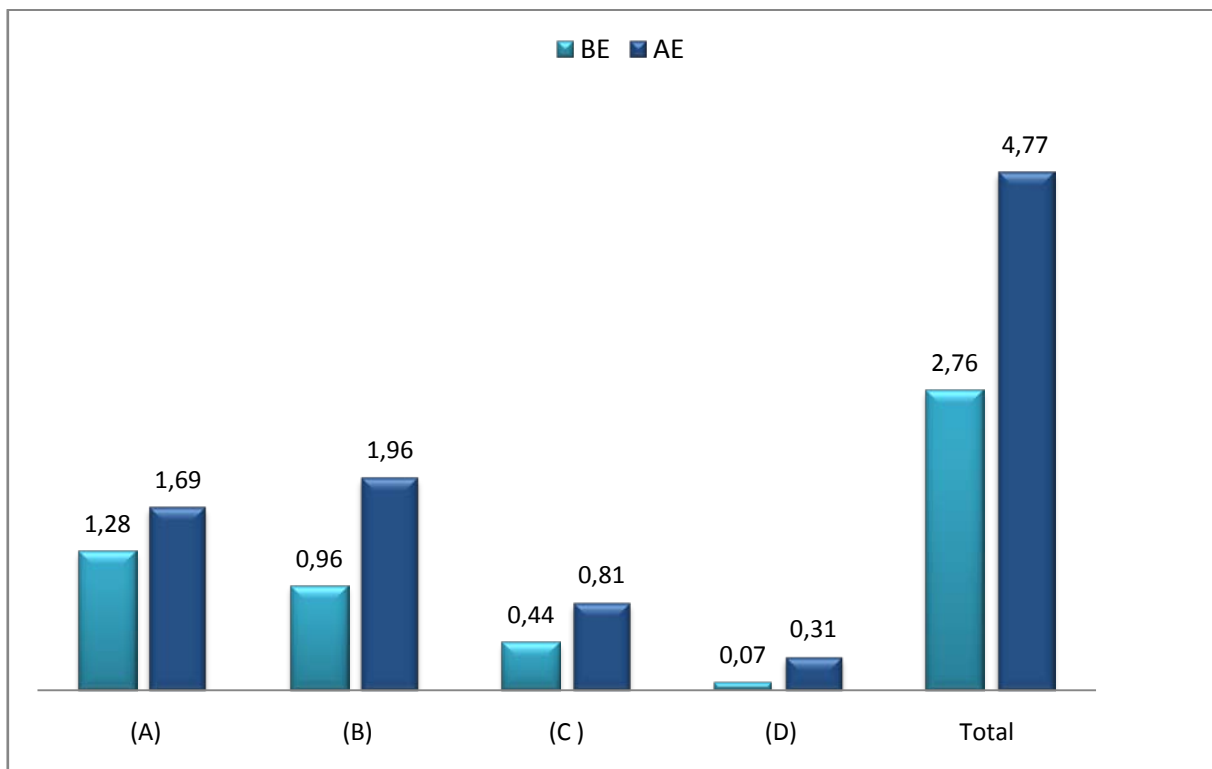


Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia * $p < 0,001$; [†] $p = 0,009$; [°] $p < 0,05$

Grafico 1. Distribución normal del índice de Goldberg según año de carrera de estudiantes de Odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010.

El grafico 1, muestra, que las subescalas A y B son las de mayor variación entre los periodos de BE y AE, siendo ésta significativa ($p < 0,001$) para la (B), y de ($p = 0,009$) para la (A); la sub-escala C muestra un incremento y una ($p < 0,005$), la sub-escala D muestra valores similares en ambos periodos.

Se evidencia con el resultado global del HGQ-28 un aumento significativo del riesgo de los estudiantes de sufrir alteraciones de su salud mental en situaciones de BE y AE siendo de $p < 0,001$.



Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia ° $p < 0,05$.

Grafico 2. . Distribución normal del índice de Goldberg según año de carrera de estudiantes de Odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008.

El gráfico muestra que los valores son mayores en BE y aumentan en todos los casos AE en todas las subescalas, siendo más acentuada en la (B), con una significancia estadística de $p < 0,05$; las escalas (A), (C), (D) se elevan en el periodo de AE con respecto a BE pero sin significancia estadística. La puntuación global de GHQ28, prácticamente duplica su media en el periodo de AE con respecto a BE siendo este valor con significancia estadística ($p < 0,05$).

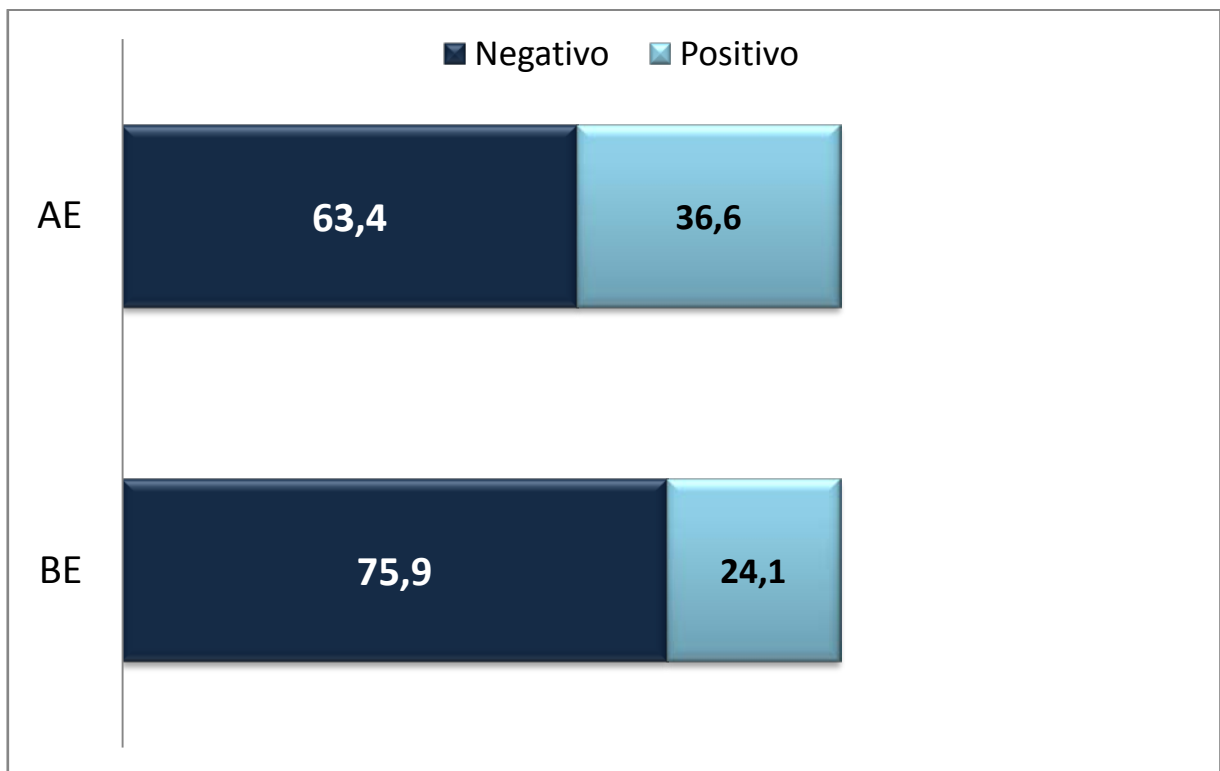
Tabla 2. Distribución esperada de los estudiantes de Odontología positivos al GHQ28 >5 en baja y alta exigencia académica. ULA. Cohortes U-2010 y U-2008

	U-2010		U-2008	
	BE (n= 54)	AE* (n= 82)	BE (n= 54)	AE° (n= 26)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
GHQ28 < 5	41 (75,9)	52 (63,4)	44 (81,5)	17 (65,4)
>5	13 (24,1)	30 (36,6)	10 (18,5)	9 (34,6)
Total	54 (100)	82 (100)	54 (100)	26 (100)

Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia * p= 0,08; ° p= 0,09 casi significativo por chi cuadrado

En la Tabla 2, se observa al comparar las muestras de ambas cohortes en periodos de BE y AE, los positivos al HGQ28 >5, demuestra que: el 24,1% de los positivos en periodo de BE, aumentan a 36,6% en periodo de AE, en la cohorte U-2010, al Chi cuadrado refleja una diferencia estadística entre los dos grupos una (p=0,08).

En la cohorte U-2008 se elevan los positivos de un 18,5% BE a un 34,6% en AE, observando al Chi cuadrado diferencia estadística entre los dos grupos BE vs AE con una (p= 0,09).



Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ-28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia * $p = 0,08$

Grafico 3. Distribución porcentual según el puntaje total de GHQ-28 >5 de estudiantes de Odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. Cohorte U-2010.

Se observa en la Grafica 3 que los estudiantes que puntúan positivos al índice HGQ-28 > 5 en periodos de BE aumentan de un 24,1% a un 36,6%, en periodos de AE, se encontró significancia estadística entre estos dos grupos con una ($p=0,08$) al Chi cuadrado.



Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ-28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia ° $p = 0,09$

Grafico 4. Distribución porcentual según el puntaje total de estudiantes de Odontología positivos al GHQ-28 >5 en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008.

Se observa en la Grafica 4 los resultados de la tabla 2 en la cohorte U-2008 que los estudiantes que puntúan >5 al índice HGQ-28 en BE aumentan de un 18,5% a un 34,6%, en AE reportando al Chi-cuadrado significancia estadística entre los dos grupos en esta cohorte ($p=0,09$)

Tabla 3. Media y desviación típica de las sub-escalas de los estudiantes de Odontología positivos al Goldberg >5 en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010 y U-2008

	U-2010		U-2008	
	BE (n= 13)	AE (n= 32)	BE (n= 10)	AE (n= 09)
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
Síntomas Somáticos (A)	3,92 ± 1,11	3,66 ± 1,57	4,00 ± 1,70	3,00 ± 2,55
Ansiedad Insomnio (B)	2,46 ± 1,56	3,84 ± 1,37*	4,10 ± 2,51	4,22 ± 1,09
Disfunción Social (C)	1,15 ± 1,40	1,69 ± 1,40	1,60 ± 1,07	2,22 ± 1,09
Depresión (D)	0,77 ± 1,36	0,50 ± 1,36	0,20 ± 0,42	0,78 ± 1,56
Total GHQ28	8,31 ± 2,13	9,63 ± 3,91	9,90 ± 3,31	10,22 ± 2,48

Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia * p= 0,08; ° p= 0,09 casi significativo por chi cuadrado p< 0,05

Tabla 3. Se observa que la media y la desviación standard de los estudiantes positivos al HGQ-28, en las diferentes sub-escalas, son similares para la sub-escala (A) de (3,92 ± 1,11) en BE a (3,66 ± 1,57) en AE para U-2010 y de (4,00 ± 1,70) en BE disminuye a (3,00 ± 2,55) en AE en U-2008

La sub-escala (B) aumenta de $(2,46 \pm 1,56)$ en BE a $(3,84 \pm 1,37)$ en la cohorte U-2010 con una significancia de $(p < 0,05)$; en la cohorte U-2008 los valores son similares en ambos periodos de $(4,10 \pm 2,51)$ en BE y $(4,22 \pm 1,09)$ en AE.

La sub-escala (C), muestra un ligero aumento no significativo tanto en la cohorte U-2010 como la U-2008, con una media de $(1,15 \pm 1,40)$ en BE a $(1,69 \pm 1,40)$ en AE en la cohorte 2010; y de $(1,60 \pm 1,07)$ en BE a $(2,22 \pm 1,09)$ en la cohorte U-2008.

La sub-escala (D) muestra valores bajos y similares en ambas cohortes tanto en el periodo de BE como en el de AE siendo de $(0,77 \pm 1,36)$ en BE a $(0,50 \pm 1,36)$ en AE para la U-2010; y de $(0,20 \pm 0,42)$ en BE a $(0,78 \pm 1,56)$ en AE para la U-2008.

El puntaje global de los positivos al HGQ-28 muestra diferencias importantes para ambas cohortes; en la U-2010, aumenta en periodo de BE de $(8,31 \pm 2,13)$ a $(9,63 \pm 3,91)$ en AE, mientras que en la U-2008 aumenta de $(9,90 \pm 3,31)$ a $(10,22 \pm 2,48)$, a pesar del aumento en el periodo de AE en ambas cohortes estos resultados no presentaron significancia estadística al compararlos con el periodo de BE.

Tabla 4. . Media y desviación típica de las sub-escalas de los estudiantes de Odontología negativos al GHQ-28<5 en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010 y U-2008

	U-2010		U-2008	
	BE (n= 41)	AE (n= 50)	BE (n= 44)	AE (n= 17)
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
Síntomas Somáticos (A)	0,34 ± 0,69	0,74 ± 1,13 [*]	0,66 ± 1,18	1,00 ± 1,22
Ansiedad Insomnio (B)	0,39 ± 0,83	1,18 ± 1,45 [†]	0,25 ± 0,57	0,76 ± 0,90 [*]
Disfunción Social (C)	0,24 ± 0,58	0,50 ± 0,67 [*]	0,18 ± 0,62	0,06 ± 0,24
Depresión (D)	0,05 ± 0,21	0,06 ± 0,24	0,05 ± 0,21	0,06 ± 0,24
Total GHQ28	1,02 ± 1,55	2,48 ± 2,03 [†]	1,14 ± 1,60	1,88 ± 1,79

Fuente: Cuestionario de Goldberg GHQ28; BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia ^{*}p< 0,05; [†]p < 0,002

En la Tabla Nº 4 El análisis de la media y la desviación standard de los estudiantes negativos (<5) al HGQ-28, en las diferentes subescalas, muestra que son bajos para A en periodo de BE (0,34 ± 0,69) incrementa a (0,74 ± 1,13) en periodo de AE es significativa. (p<0,002) para la cohorte U-2010 y de (0,66 ± 1,18) en BE aumenta a (1,00 ± 1,22) en AE en la cohorte U-2008.

La subescala (B) aumenta en periodo de BE ($2,46 \pm 1,56$ a $3,84 \pm 1,37$) en U-2010 es significativa ($p < 0,05$), en la cohorte U-2008 aumenta ligeramente de ($4,10 \pm 2,51$) en BE a ($4,22 \pm 1,09$) en AE.

La subescala (C), muestra un ligero aumento en la cohorte U-2008 con una media de ($1,15 \pm 1,40$) en BE a ($1,69 \pm 1,40$) en AE. Un valor similar de ($1,60 \pm 1,07$) en BE aumenta a ($2,22 \pm 1,09$) en AE.

La subescala (D) se mantiene en valores bajos de $0,77 \pm 1,36$ en BE a $0,50 \pm 1,36$ en AE para la U-2010 y de $0,20 \pm 0,42$ en BE a $0,78 \pm 1,56$ en AE para la U-2008.

El global de los negativos al HGQ-28 < 5 no muestra diferencias importantes para ambas cohortes, en periodos de BE y AE, no son significativas.

Tabla 5. Media y desviación típica de las dimensiones de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de los estudiantes de Odontología en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008 y U-2010.

	U-2010		U-2008	
	BE	AE	BE	AE
	(n= 54)	(n= 82)	(n= 54)	(n= 26)
	Media \pm DS	Media \pm DS	Media \pm DS	Media \pm DS
SEN	0,34 \pm 0,18	0,41 \pm 0,22*	0,34 \pm 0,20	0,30 \pm 0,17
DE	0,37 \pm 0,23	0,38 \pm 0,26	0,33 \pm 0,19	0,27 \pm 0,23
SIP	0,62 \pm 0,15	0,57 \pm 0,18	0,64 \pm 0,17	0,57 \pm 0,21
Total de ESE	1,34 \pm 0,37	1,37 \pm 0,41	1,32 \pm 0,37	1,15 \pm 0,44

Fuente: Escala de Sensibilidad Emocional (ESE); BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia, SEN: sensibilidad egocéntrica negativa, DE: distanciamiento emocional, SIP: sensibilidad interpersonal positiva; *p< 0,05

Tabla N° 5 En los estudiantes positivos las dimensiones de la escala de ESE mantienen valores similares tanto en el periodo de BE como de AE en ambas cohortes, como también en el puntaje global de la ESE. Hay un incremento de la dimensión SEN de (0,34 \pm 0,18) en BE a (0,41 \pm 0,22) en AE con una significancia de (p<0,05) en la cohorte U-2010. En el caso de la cohorte U-2008 no se observó cambios en ambos periodos presentando valores similares con medias de (0,34 \pm 0,20) en BE a (0,30 \pm 0,17) en AE.

La dimensión DE varía poco en el periodo de BE y de AE en ambas cohortes siendo de (0,37 \pm 0,23 y 0,38 \pm 0,26) para U-2010; y de (0,33 \pm 0,19 y 0,27 \pm 0,23) para U-2008. La dimensión SIP predomina, con valores semejantes en ambas

periodos y cohortes: ($0,62 \pm 0,15$ a $0,57 \pm 0,18$) para la U-2010; y de ($0,64 \pm 0,17$ a $0,57 \pm 0,21$) para U-2008.

El puntaje global de ESE son similares para los periodos de BE y AE siendo de ($1,34 \pm 0,37$) en BE a ($1,37 \pm 0,41$) AE para U-2010 y de ($1,32 \pm 0,37$) en BE a ($1,15 \pm 0,44$) en AE para U-2008.

Tabla 6. Media y desviación típica de las dimensiones de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de los estudiantes de Odontología en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008 y U-2010.

	U-2010		U-2008	
	BE	AE	BE	AE
	(n= 54)	(n= 82)	(n= 54)	(n= 26)
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
SEN	0,29 ± 0,16	0,33 ± 0,17	0,30 ± 0,19	0,28 ± 0,16
DE	0,33 ± 0,20	0,38 ± 0,26	0,31 ± 0,19	0,28 ± 0,22
SIP	0,63 ± 0,14	0,57 ± 0,18	0,61 ± 0,17	0,52 ± 0,22
Total de ESE	1,26 ± 0,35	1,28 ± 0,39	1,23 ± 0,33	1,09 ± 0,46

Fuente: Escala de Sensibilidad Emocional (ESE); BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia, SEN: sensibilidad egocéntrica negativa, DE: distanciamiento emocional, SIP: sensibilidad interpersonal positiva.

La tabla 6 demuestra que en los estudiantes negativos a las dimensiones de la escala de ESE mantienen valores similares tanto en el periodo de BE como de AE en ambas cohortes, como también en el puntaje global de la ESE.

Tabla 7. Media y desviación Típica de las dimensiones de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de la cohorte U-2008 y U-2010 de los estudiantes positivos de Odontología en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA.

	U-2010		U-2008	
	BE	AE	BE	AE
	(n= 54)	(n= 82)	(n= 54)	(n= 26)
	Media \pm DS	Media \pm DS	Media \pm DS	Media \pm DS
SEN	0,48 \pm 0,15	0,54 \pm 0,23	0,50 \pm 0,16	0,34 \pm 0,20
DE	0,50 \pm 0,26	0,39 \pm 0,26	0,46 \pm 0,15	0,25 \pm 0,24*
SIP	0,59 \pm 0,17	0,57 \pm 0,18	0,76 \pm 0,17	0,68 \pm 0,16
Total de ESE	1,58 \pm 0,32	1,51 \pm 0,42	1,73 \pm 0,24	1,28 \pm 0,41°

Fuente: Escala de Sensibilidad Emocional (ESE); BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia, SEN: sensibilidad egocéntrica negativa, DE: distanciamiento emocional, SIP: sensibilidad interpersonal positiva. * $p < 0,05$; ° $p < 0,01$

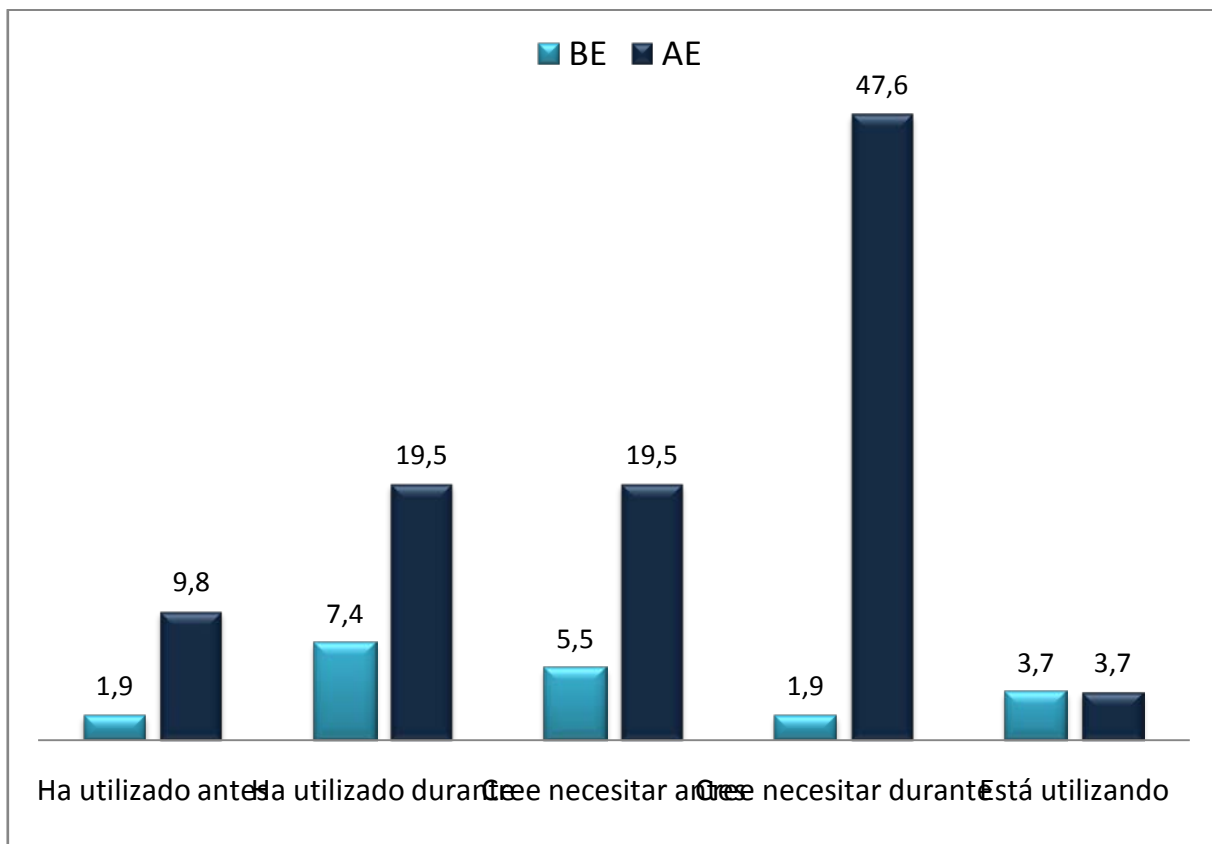
En la cohorte U-2010 los valores de las dimensiones de ESE y el puntaje global fueron similares tanto en el periodo de BE como en el de AE observado en la tabla 7. A diferencia de la cohorte U-2008 donde se encontró diferencia estadística significativa en la dimensión DE y en el puntaje global de ESE en los periodo de BE vs el periodo de AE con valores para la dimensión DE de (0,46 \pm a 0,15) en BE disminuyendo a (0,25 \pm 0,24) en el periodo de AE con una significancia de ($p < 0,05$); en el puntaje global los valores fueron de (1,73 \pm 0,24) en el periodo de BE con un descenso significativo a (1,28 \pm 0,41) en el periodo de AE ($p < 0,01$). Las dimensiones SEN y SIP se encontró tanto en el periodo de BE como en AE valores similares para la cohorte U-2008.

Tabla 8. Porcentaje de Necesidad de Ayuda Psicológica de los estudiantes de Odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010.

U-2010	Baja exigencia (n= 54)		Alta exigencia (n= 82)	
	SI n (%)	NO n (%)	SI n (%)	NO n (%)
Ha utilizado				
antes de la carrera	1 (1,9)	53(98,1)	8(9,8)	74(90,2)
durante la carrera	4 (7,4)	50(92,6)	16(19,5)	66(80,5)
Cree que pudo necesitar				
antes de la carrera	3(5,5)	51(94,5)*	16(19,5)	66(80,5)
durante la carrera	1(1,9)	53(98,1)*	39(47,6)	43(52,4)
Está utilizando ayuda	2(3,7)	52(96,3)	3(3,7)	79(96,3)

Fuente: Encuesta de salud mental en estudiantes universitarios. * $p < 0,001$ BE vs AE

Se observa en la Tabla 8, la necesidad de ayuda psicológica en los estudiantes positivos al HGQ28 de la cohorte U-2010, predominando el NO en todas la preguntas; solo presentaron significancia estadística la pregunta cree que pudo necesitarla antes y durante la carrera, al comparar el periodo de BE vs AE con una ($p < 0,001$). Con valores para la pregunta “¿cree que pudo necesitarla antes de la carrera?” con respecto a NO un 94,5% en BE y un 80,5% en AE, con respecto a SI un 5,5% en BE y un 19,5% en AE y en la pregunta “¿cree que pudo necesitarla durante la carrera?” con respecto a NO un 98,1% en BE y un 52,4% AE, y con respecto a SI un 1,9% en BE y un 47,6% en AE.



Fuente: Encuesta de salud mental en estudiantes universitarios BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia. * $p < 0,001$ BE vs AE

Gráfico 5. Distribución porcentual de los estudiantes de Odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica que respondieron Si Necesitan Ayuda Psicológica. ULA. U-2010.

En el gráfico 5, se observa la distribución porcentual de la necesidad de Ayuda psicológica de la cohorte U-2010 en periodos de BE y AE demuestra que han utilizado antes y durante la carrera la ayuda psicológica, creen necesitarla antes y durante alcanza el mayor porcentaje en AE 4, destaca también que la respuesta está utilizando ayuda no muestra diferencias entre BE y AE.

Tabla 9. Distribución porcentual de las causas de necesidad de ayuda psicológica de los estudiantes de Odontología positivos al HGQ-28 en periodos baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010

U-2010	Baja exigencia (n=54)	Alta exigencia (n=82)
Problemas	n (%)	n (%)
Emocionales	01(1,9)	34(41,5)
Familiares	00 (0,0)	25(30,5)
Asociados a la carrera	02(3,7)	49(59,8)
Económicos	01(1,9)	19(23,2)

Fuente: Encuesta de salud mental de estudiantes universitarios. BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia.

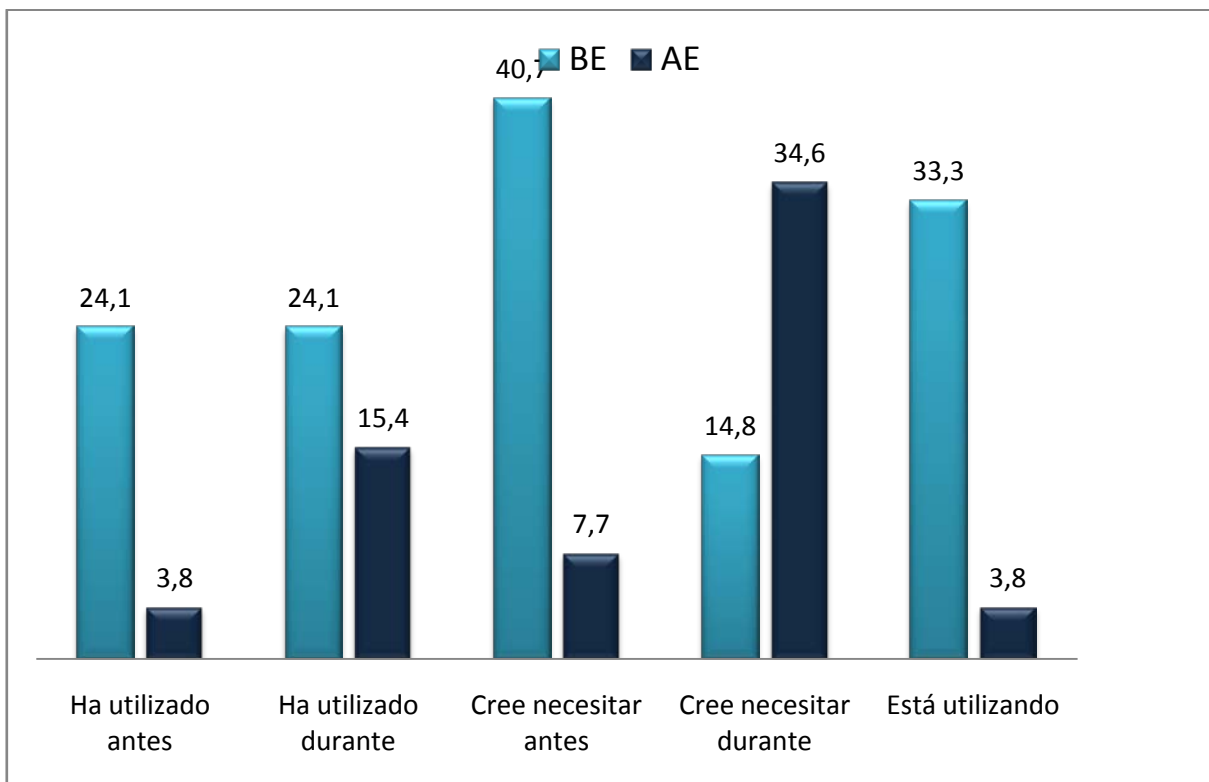
La tabla 9 nos muestra un predominio en periodos de BE de los problemas asociados a la carrera con un 3,7%, en segundo lugar los problemas emocionales de pareja y económicos con un 1,9%; en el periodo de AE incremento el porcentaje de problemas asociados a la carrera con un 59,8%, seguido con un 41,5% los problemas emocionales de pareja, en tercer lugar con un 30,5% los problemas familiares y aparecen los económicos con un 23,2%.

Tabla 10. Necesidad de Ayuda Psicológica de los estudiantes de Odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008.

U-2008	Baja exigencia (n=54)		Alta exigencia (n=26)	
	SI n (%)	NO n (%)	SI n (%)	NO n (%)
Ha utilizado				
antes de la carrera	13(24,1)	41(75,9)*	1(3,8)	25(96,2)
durante la carrera	13(24,1)	41(75,9)	4(15,4)	22(84,6)
Cree que pudo necesitar				
antes de la carrera	22(40,7)	32(59,3)*	2(7,7)	24(92,3)
durante la carrera	08(14,8)	46(85,2)	09(34,6)	17(65,4)
Está utilizando ayuda	18(33,3)	36(69,7)*	1(3,8)	25(96,2)

Fuente: encuesta en salud mental en estudiantes universitarios. * $p < 0,02$ BE vs AE

En la Tabla N° 10 a pesar que predominó el NO en la necesidad de ayuda psicológica, las preguntas “¿ha utilizado ayuda antes de la carrera, cree que pudo necesitar ayuda antes de la carrera y está utilizando ayuda en la carrera?”, se encontraron con diferencia estadística significativa al comparar el periodo de BE vs el de AE en los estudiantes positivos al HGQ28 en la cohorte U-2008 con una ($p < 0,02$).



Fuente: encuesta en salud mental en estudiantes universitarios. BE: Baja exigencia, AE: Alta exigencia

Grafico 6. Distribución porcentual de los estudiantes de Odontología positivos al HGQ28 en el periodo de baja y alta exigencia académica que respondieron Si Necesitan Ayuda Psicológica. ULA. U-2008.

De los datos obtenidos de la tabla 6, se observa que el mayor porcentaje de estudiantes de la cohorte U-2010 en BE ha utilizado antes y durante la carrera, siendo mayor el creer necesitarla antes, disminuye en durante y es mayor en esta utilizando.

Con respecto a la AE se va incrementando en la necesidad de ayuda psicológica siendo mayor los que creen necesitarla en la actualidad y la disminuye de manera importante los que la ha utilizando.

Tabla 11. Porcentaje de causas para necesitar ayuda psicológica de los estudiantes de Odontología positivos HGQ.28 en el periodo de baja y alta exigencia académica. ULA. U-2008

U-2008	Baja exigencia (n=54)	Alta exigencia (n=26)
Problemas	n (%)	n (%)
Emocionales	07(13)	09(34,6)
Familiares	05(9,3)	07(26,9)
Asociados a la carrera	04(7,4)	12(46,2)
Económicos	00(0,0)	03(11,5)

Fuente: Encuesta de salud mental de estudiantes universitarios; BE: baja exigencia AE: alta exigencia

La Tabla 11 nos muestra que en periodos de BE un 13% de los problemas que requieren de ayuda psicológica son los emocionales, segundo los familiares y en tercer lugar los asociados a la carrera, ningún estudiante refiere problemas económicos, a diferencia en el periodo de AE incrementan de manera importante todas las causas siendo la primera los problemas asociados a la carrera el 46,2% en segundo los emocionales, 34,6% en tercer lugar los familiares y finalmente los económicos, en la U-2008.

Tabla 12. Media y desviación típica del nivel de satisfacción con los profesores, estudiantes y personal de servicio de los estudiantes de Odontología en baja y alta exigencia académica. ULA. U-2010 y U-2008

	U-2010		U-2008	
	BE (n= 54)	AE (n= 82)	BE (n= 54)	AE (n= 26)
	Media \pm DS	Media \pm DS	Media \pm DS	Media \pm DS
Profesores	3,02 \pm 0,68	2,88 \pm 0,77	2,81 \pm 0,67	2,92 \pm 0,89
Compañeros	3,17 \pm 0,77	2,94 \pm 0,93	3,09 \pm 0,80	3,12 \pm 0,76
Personal de servicio	3,02 \pm 0,73	2,77 \pm 0,85*	2,52 \pm 0,94	3,08 \pm 0,93 ^o

Fuente: Encuesta de salud mental de estudiantes universitarios* $p < 0,08$ en U-2010 BE vs AE; ^o $p < 0,01$ en U-2008 BE vs AE

Tanto en la cohorte U-2010 como en la U-2008 Tabla N° 12, las medias del grado de satisfacción con los profesores y compañeros fueron similares en el periodo de BE y AE. Con respecto al grado de satisfacción con el personal de servicio, en la cohorte U-2008 se encontró diferencia estadística significativa al comparar el periodo de BE con el de AE y en la cohorte U-2010, con valores de (3,02 \pm 0,73) en el periodo de BE y de (2,77 \pm 0,85) en el periodo de AE ($p < 0,08$). A diferencia de la cohorte U-2008 que reportó una media de (2,52 \pm 0,94) en el periodo de BE y un incremento significativo a (3,08 \pm 0,93) en el periodo de AE ($p < 0,01$).

Tabla 13. Correlación entre el índice GHQ28 y ESE de los estudiantes de Odontología en situación de baja exigencia académica. ULA.

Dimensión	Sub-escalas				
	Síntomas somáticos (A)	Ansiedad Insomnio (B)	Disfunción Social (C)	Depresión (D)	Total GHQ28
SEN	r = 0,471** p= < 0,001	r = 0,332** p= < 0,001	r = 0,347** p= < 0,001	r = 0,199* p= 0,039	r = 0,482** p= < 0,001
DE	r = 0,245* p= 0,010	r = 0,183 p= 0,058	r = 0,364** p= < 0,001	r = -,070 p= 0,471	r = 0,274** p= 0,004
SIP	r = 0,085 p= 0,382	r = 0,191* p=0,048	r = 0,124 p= 0,202	r = 0,031 p= 0,748	r = 0,159 p= 0,101
Total ESE	r = 0,422** p= < 0,001	r = 0,361** p= < 0,001	r = 0,443** p= < 0,001	r = 0,076 p= 0,434	r = 0,477** p= < 0,001

Fuente: Escala de Sensibilidad Emocional ESE. Cuestionario de Goldberg HGQ-28.

Tabla N° 13 Al relacionar las dimensiones de la ESE y la sub-escalas del HGQ-28 en situaciones de BE, indico que la dimensión SEN se correlaciona positivamente con todas las subescalas de GHQ28 y su puntaje global con valores para (A) de (r=0,471 y una p=< 0,001), (B), (r=0,332 y p=< 0,001); (C) (r=0,347 y una p=< 0,001), (D) (r=0,199 y una p=0,039) y el global de SEN/HGQ-28 (r=0,482 y p=< 0,001). La dimensión DE solo se correlacionó con las subescala A (r=0,245 y p=0,010),y C, (r=0,364 y p=< 0,001) y el puntaje global DE/HGQ-28 es de (r=0,274 y p=0,0004). La dimensión SIP solo se relaciona con B, (r=0,191 y p=0,048).

El puntaje global de ESE se correlaciono con las subescalas A (r=0,422 y p=< 0,001), B (r=0,361 y p=< 0,001), C (r=0,443 y p=< 0,001) y el puntaje global de GHQ28 (r=0,477 y p=< 0,001).

Tabla 14. Correlación entre el índice GHQ28 y ESE de los estudiantes de Odontología en situación de alta exigencia académica. ULA.

Dimensión	Sub-escalas				
	Síntomas somáticos (A)	Ansiedad Insomnio (B)	Disfunción Social (C)	Depresión (D)	Total GHQ28
SEN	r = 0,287** p= 0,003	r = 0,363** p= < 0,001	r = 0,410** p= < 0,001	r = 0,303** p= 0,001	r = 0,447** p= < 0,001
DE	r = -,056 p= 0,567	r = 0,043 p= 0,661	r = -,025 p= 0,798	r = 0,011 p= 0,911	r = -,009 p= 0,924
SIP	r = 0,114 p= 0,239	r = 0,095 p=0,328	r = 0,139 p= 0,152	r = 0,049 p= 0,612	r = 0,138 p= 0,154
Total ESE	r = 0,162 p= 0,093	r = 0,251** p= 0,009	r = 0,253** p= 0,008	r = 0,181 p= 0,060	r = 0,281** p= 0,003

Fuente: Escala de Sensibilidad Emocional ESE. Cuestionario de Goldberg HGQ-28.

Cuando se relacionan las dimensiones de la ESE y la sub-escalas del HGQ-28 en situaciones de alta exigencia representada en la Tabla 14 encontramos que la dimensión SEN se correlaciona positivamente con todas las sub-escalas: (A), (r = 0,287 y una p= 0,003), (B), (r=0,363 y una p=< 0,001); (C) (r=0,410 y una p=< 0,001), mientras que con (D) aumenta (r=0,303 y una p=0,001) el global de SEN/HGQ-28 (r=0,447 y p=< 0,001).

En el caso de la dimensión DE y SIP en los estudiantes en el periodo de AE no se encontró correlación entre estas dimensiones con las subescalas del GHQ28 y su puntaje global.

El puntaje global de ESE se correlaciono positivamente con las subescala B ($r=0,251$ y $p=0,009$), C ($r=0,253$ y $p=0,008$) y el puntaje global de GHQ28 ($r=0,281$ y $p= 0,003$).

CAPITULO V.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en la misma cohorte de estudiantes de exigencia, (BE) al inicio de las actividades cohorte U-2010 (1ero, 3er año) y el otro en momentos de alta exigencia (AE), cohorte U-2008 (2do y 4to año) cuando se terminaba el curso, por ende en época de exámenes finales y cumplimiento del registro clínico-académico, etc.

Esta discusión analiza los resultados obtenidos en esta investigación comparándolo con los otros resultados de los trabajos citados en el Capítulo I, y que utilizan el mismo instrumento de medición para la determinación de la Salud mental (HGQ-28) de Goldberg en sus diferentes variaciones, y La Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino y Rogers.

Resultados a resaltar en la variable Salud mental:

Objetivo 1. Comparar el nivel de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología durante los años de carrera.

En la FAOULA, los resultados determinan un nivel de salud mental bueno en el grupo poblacional en estudio, los alumnos en condiciones de baja exigencia (BE) puntúan positivo al HGQ-28(>5) en un (24,1%) en 1º año y aumentan al (36,6%) en alta exigencia (AE) en 2º año, de la cohorte U-2010 a medida que avanza en su carrera, al Chi cuadrado es ligeramente significativa ($p=0,08$) siendo los valores medios más altos con $(5,27 \pm 4,54)$ a expensas de la subescala B de Ansiedad-Insomnio con $(2,22 \pm 1,92)$.

Los resultados de los alumnos de la cohorte U-2008 correspondientes a 2º y 4º año en situaciones de alta exigencia aumentan los positivos al HGQ-28 >5 de (18,5%) a (34,6%,) las diferencias son ligeramente significativas con una ($p=0,09$). La media más alta es de ($4,77\pm 4,51$) a expensas de las subescalas B ($1,96\pm 1,92$) y A ($1,69\pm 1,92$).

En los actuales resultados los índices más bajos corresponden a las subescalas de Disfunción Social C y Depresión D, es decir, no llegan a la cronicidad, aunque se incrementan discretamente entre ambas mediciones, reflejan la influencia del Programa de Atención Integral al estudiante de Odontología que lleva adelante esta Facultad en la Cátedra de Desarrollo Humano, a raíz del cambio curricular realizado en el año 2000.

Estos resultados también están por debajo de los reportados por Benítez y Quintero de la Universidad Católica de Chile, que en el 2001 aplicaron al inicio de las actividades, desde primero a quinto año de medicina, el instrumento: HGQ -12 abreviado, obteniendo que el porcentaje de alumnos en riesgo de alteración de la salud mental, obtuvo un puntaje > 5, fue de 40,68% en el total de la muestra. El puntaje promedio para toda la muestra fue de ($3,97\pm 2,2$.) Sin embargo, esto sólo alcanzó significación al comparar 1º con 4º año ($4,6 \pm 2,2$ vs $3,4 \pm 2,1$; $p<0,05$). Lo cual significa que en Chile los estudiantes mostraron mayor deterioro de su salud mental.

El estudio de Hsu y Cols obtiene valores similares al presente trabajo en la prevalencia. Sin embargo este estudio si reporta depresión y distrés emocional en el 23% de los residentes e internos, lo que implica cronicidad.

A su vez Mosley y Cols, en un estudio en 69 estudiantes de 3er año de Medicina de la Universidad de Mississippi, también encuentran el mismo 23% para depresión

en los estudiantes, pero además un 57% de síntomas de distrés somático. Lo cual es coincidente con los resultados de la subescala A de este trabajo.

Uno de los trabajos que relacionan dos momentos de aplicación en periodos de exámenes y sin exámenes en estudiantes universitarios es el de Martín en el 2007 en Sevilla, encontró mayores niveles de estrés durante el periodo de exámenes y alteraciones de la salud del tipo ansiedad y mayor consumo de sustancias, alteraciones del sueño, lo que coincide con nuestros hallazgos.

Dentro de los estudios aplicados directamente a estudiantes de Odontología destaca el de Gorter en el 2008, que aplicó el HGQ y otros cuestionarios a estudiantes de 5to año en cinco diferentes universidades europeas, obteniéndose niveles mayores de distrés que en los de primer año. A diferencia de los resultados obtenidos por Díaz y col estudiaron en el 2008 en la Facultad de Estudios superiores de Iztacala, el nivel de estrés los estudiantes de Odontología del 1º, 3º y 5º semestre, concluyen que los niveles de estrés se deben fundamentalmente a factores externos y no al estrés académico. Estos resultados coinciden con nuestras observaciones de que las condiciones internas de la FAOULA y externas del país en general afectan la salud mental de los estudiantes.

Los estudios realizados en la UAM en el marco de la Investigación de Salud Mental de los Estudiantes Universitarios a lo largo de 12 años, en el que perfeccionaron el instrumento utilizado para esta investigación de salud mental en estudiantes de medicina (no se oferta la carrera de Odontología en la UAM) reportan: Alejano y col, en 1998 un 45,5% de los estudiantes son GHQ-28 Positivo, sin diferencias significativas por género, siendo significativas entre 1º y 3º año ($p < 0,01$), los resultados en los últimos 5 años dan diferencias significativas solo en 3º año, similares resultados se obtienen en nuestro trabajo para la cohorte de U-2010 en situación de baja exigencia.

Carmona en el 2010 aplicó el HGQ28 a estudiantes de la UAM entre dos carreras muy disimiles (Psicología y Aeronáutica) y encontró valores dentro de los parámetros de la población general ($p < 0,01$) y con diferencias significativas entre las sub-escalas, sugieren relación entre el sentido de la vida, la Inteligencia emocional y la salud mental.

Por otra parte en el desarrollo de la investigación de la UAM, Poveda en el 2000 amplió a otras facultades la determinación del perfil de salud mental con el HGQ-28 a estudiantes del último año de medicina, ingeniería informática y filosofía y letras, encontró una prevalencia de 14,7% positivos al GHQ-28 significativamente menor ($p < 0,01$) para medicina a la encontrada en años anteriores de 32,2%,. El estudio realizado en estudiantes de 6º año rotando por los diferentes hospitales docentes de la UAM, aún cuando muestran diferencias no son significativas.

A nuestro juicio la continuidad de 12 años de investigación sobre el tema, el perfeccionamiento de la Escala de Salud mental para estudiantes universitarios de Pastor, Alderguer y col, la participación activa de los estudiantes no sólo como objeto sino sujetos en el proyecto, la inclusión de los instrumentos de medición de la calidad de vida y de Inteligencia Emocional, en la Cátedra de Psicología Médica, han contribuido notablemente a estos resultados.

Diferencias:

En América Latina algunos de los estudios que se han realizado al respecto son entre otros el de Perales, Sogi y Morales (2003) de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, reportan un 19% de estudiantes de Medicina con síndromes depresivos, 15% con trastornos de ansiedad, 20% con ideación suicida, y 2.5% con intentos suicidas previos. La prevalencia de uso/ abuso de cigarrillos y alcohol (del

56% de los que señalan abuso de alcohol, 12% presenta patrones de dependencia). Difiere de nuestros hallazgos, sobre todo en la presencia de depresión e ideación suicida, así como de dependencia al alcohol

Otro estudio realizado por Díaz, Romero y Gómez (1995), reveló que de los alumnos de primer ingreso a la licenciatura de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tienen una prevalencia del 24.4% de trastorno psiquiátrico, detectados con el Inventario de Salud de Goldberg.

Fouilloux (2002) realizó una investigación en alumnos de los primeros años de la Facultad de Medicina de la UNAM, utilizó el Goldberg e identificó una prevalencia de trastornos del 10.5%. Finalmente, Arechavaleta (2005) identificó un 17% de posibles casos en alumnos que iniciaron el internado de pregrado, estos resultados se asemejan a los obtenidos en nuestro trabajo.

En México Pozos y col en el 2011 reportan en los cirujanos dentistas, el 76,9% percibe el estrés como un riesgo para la salud y el 23,1% no. También encontraron que es mayor en las mujeres y que la no percepción del estrés como riesgo para la salud y la identificación precisa de las situaciones estresantes podría llevar al aumento del estrés, ya que no lograría tratarse a través de la eliminación de su carácter insidioso y ambiguo.

A diferencia de nuestros resultados, el estudio de Pallavicini realizado en Chile en el año 1998, encontró niveles de prevalencia de estrés de 36,5% en estudiantes de Odontología, Enfermería y Psicología, más acentuado en los últimos años que en los primeros y no concuerdan con los obtenidos por (Galli, Feijoo & Roig, 2002; Hidalgo, Cendali, Cerutti, Cuenca & Kappaun, 2004; Guavita & Sanabria, 2006; Pallavicini, Venegas & Romo, 1988; Perales, Sogi & Morales, 2003.

Los estudios realizados en la UAM por Alejano y col en 1998, para evaluar la salud mental utilizando el HGQ-28, encontraron que un 45,5% dieron positivo, y diferencias significativas entre sexos y entre cursos de 1º y 3º ($p<0,01$), resultados superiores a nuestro estudio 24,1% en BE y de 36,6 en AE. Por su parte Al Nakeb y col en 1998, amplía a otras facultades, manteniendo el uso del Goldberg plus, y la Escala de Estresores Universitarios, en este caso solo en estudiantes de 6º año y de otras facultades no pertenecientes al área de la salud, un 14,7% de resultados positivos obtenidos muy por debajo a los 32,2% que reportó la UAM en el 2000. Y de igual forma reportan que la salud mental de los estudiantes del último año de Medicina en los hospitales docentes de Madrid con el HGQ-28, oscilan en 21,4%, 16,7% y 7,7% estas diferencias no fueron significativas entre los distintos hospitales.

Con relación al nivel de salud mental de la comparación de las medias del índice GHQ28 de los estudiantes de odontología de la ULA, en situación de alta exigencia académica (segunda medición) en contraste con la media del índice GHQ28 de los estudiantes de odontología en situación de baja exigencia académica (primera medición), que indica que existe una ligera diferencia significativa en los positivos al índice GHQ28 de los estudiantes medidos en situaciones de alta y baja exigencia académica. Lo que ratifica nuestra hipótesis de que se incrementan su malestar psicológico en periodos de alta y baja exigencia académica.

Al no existir estudios previos realizados en la facultad de Odontología de la ULA que utilicen estos instrumentos, Goldberg y Escala de sensibilidad emocional, sólo compararemos con los obtenidos en la Facultad de Farmacia; por lo que estos hallazgos servirán de base a los que se están realizando en la facultad de Medicina, en las escuelas de Enfermería y nutrición

Con respecto a la Sensibilidad Emocional encontramos que la dimensión SEN presenta una media baja de ($0,34\pm0,18$ a $0,41\pm0,22$) esta diferencia es significativa

($p < 0,05$) en la cohorte U-2008, la dimensión DE y SIP mantienen valores de media similares. El total de ESE son similares en BE y AE en ambas cohortes. Estos resultados difieren de los encontrados por Arias (2011) en los estudiantes de Farmacia y Bioanálisis, en los que predominó la SIP en un 61%, seguido por DE con un 32% y la SEN el valor más bajo con un 7%. Hay coincidencia en que los factores de edad y la escala son independientes.

Los resultados obtenidos en los estudiantes de Odontología de FAOULA difieren de los encontrados por Rincón y Guarino en el 2008, en médicos venezolanos en los que predominó la dimensión SIP, se concluye que los médicos tienen mejor mecanismo de afrontamiento y de adaptación que otros profesionales de la salud. Los resultados de Sánchez en la Universidad de Carabobo 2010 muestran que la dimensión SEN es elevada en los estudiantes que no ejercen responsabilidad social y cuyos padres son obreros especializados.

En este orden de ideas el trabajo realizado en la Universidad Simón Bolívar (USB) en el año 2009, en estudiantes de otras carreras ya que no ofrece las del área de la salud reportan el mayor valor para la dimensión SEN (61,47%), lo que nos hace respaldar el planteamiento de Guarino (2004). Es decir, a pesar de ser personal de la salud, los estudiantes de odontología no se involucran con los pacientes porque su norte es el perfeccionismo y la competitividad.

Objetivo 2.

Relacionar el nivel de salud mental con la ayuda psicológica requerida y los hábitos personales de los estudiantes de odontología.

La categoría de ayuda psicológica en relación con el índice de HGQ28 >5 son independientes en la prueba de Chi cuadrado en baja exigencia a excepción de estar o no utilizando ayuda en la actualidad. Los valores Ha utilizado antes de la carrera (1,9%); Ha utilizado durante la carrera (7,4%); Cree que pudo necesitar ayuda antes de la carrera (5,5%); y Cree que pudo necesitar ayuda durante la carrera (1,9%), esta diferencia es significativa entre BE y AE ($p < 0,001$) Sin embargo es importante los valores de (3,7%) de los estudiantes con HGQ28>5 están utilizando ayuda psicológica actualmente para la cohorte U-2010.

En el caso de los estudiantes en situación de alta exigencia con un índice GHQ28>5 el (3,7%) está utilizando algún tipo de ayuda psicológica, podemos observar que el nivel de significancia es $p < 0,001$, **lo que indica que índice GHQ28 > 5 está relacionado con la utilización ayuda psicológica o psiquiátrica de estos estudiantes.** Las causas de ayuda psicológica coinciden con los motivos de consulta del Programa de atención integral al estudiante de odontología y en la de asesoría y orientación.

Con relación a la variación de los hábitos de consumo en situaciones de alta y baja exigencia, la comparación con el Chi cuadrado demostró **que todas las variables se comportan de manera independiente.** Estos resultados se asemejan a los reportados por Martín 2007 en Sevilla, en general se observaron niveles de estrés más altos durante el período de exámenes, asimismo, se hallaron efectos significativos en la salud de dichos estudiantes (ansiedad, consumo de tabaco, cafeína o fármacos, alteraciones en el sueño y en la ingesta de alimentos).

Alejano concluye que hay un alto porcentaje de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UAM que presentan GHQ-28 positivo. Sin embargo, no parece que el primer ciclo de la carrera tenga una excesiva influencia negativa sobre su estado de Salud Mental, puesto que no se incrementa significativamente la necesidad de apoyo psicológico, y es no significativo las variaciones en el consumo de sustancias estimulantes durante la carrera.

Los trabajos de Turley en 1993, muestran que los dentistas que trabajan en un ambiente hospitalario tienen experiencias similares de estrés ocupacional que los de un grupo equivalente de la población general. Sin embargo no experimentan el descrito “quemarse” observado en los dentistas de práctica general. En contraste con los dentistas de clínica privada, los de hospital tienen menores características de personalidad tipo A (competitividad, aceleramiento, y constante estado de alerta), más satisfacción con su trabajo y mejor percepción de su estado de salud mental y física.

Objetivo 3.

Relacionar el nivel de salud mental con la escala de sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología.

El análisis de las sub-escalas de Goldberg en correlación con las dimensiones de ESE por años de carrera muestra al aplicar el Coeficiente de Pearson que la correlación es significativa a nivel ,001 entre las sub-escalas ABC y el global del HGQ28 y la dimensión SEN de la escala ESE; y significativa al nivel, 005 con la dimensión SIP. En general obtenemos **correlación significativa bilateral para las sub-escalas A,B, C y el global de GHQ28, no así para la sub-escala D en todas las dimensiones de la ESE. , en situaciones de baja exigencia académica.**

El resultado se obtiene para la dimensión SEN, y las sub-escalas BCD del HGQ28 con una correlación significativa al nivel ,001 y de, 005 para la sub-escala A en situaciones de alta exigencia, resalta que no existe correlación significativa con las dimensiones DE y SIP, diferentes con la observada en baja exigencia. Estos resultados se contrastan con los obtenidos por Arias 2011 en los estudiantes de Bioanálisis de la facultad de Farmacia de la ULA quién al analizar la relación de los tipos de sensibilidad emocional de la ESE y el HGQ28 plus encuentra a través del análisis multivariante de correspondencia múltiple dos grupos: relaciona HGQ28<5 y DE con necesidad de ayuda psicoterapéutica y un segundo grupo que relaciona la SEN, y un HGQ28 >5 y necesidad de ayuda en los ámbitos familiar, económico y emocional.

No se encuentran estudios realizados en los estudiantes de Odontología con la escala ESE y el HGQ28 plus, por lo que este trabajo abre la necesidad de profundizar en la ULA en general y en Odontología en particular el estudio de la salud mental y el manejo de las emociones con carácter preventivo y de promoción de la salud, como un factor protector contra el estrés y una poderosa fortaleza para el desempeño académico.

Finalmente, para la autora de este trabajo ha sido una experiencia cada uno de los momentos del estudio del doctorado, permite realizar retrospectivamente cada etapa de nuestras vidas, tomar conciencia de las potencialidades y limitaciones, amplía el horizonte más allá de nuestro lugar de trabajo y reconocer que en nuestra formación y en la que brindamos a los estudiantes no enseñamos sino a diagnosticar a los demás, pero nunca como proteger la salud mental de nosotros mismos, y de ellos en especial, además de aprender a reconocer que en el mundo de la salud somos uno más de los actores involucrados, no los únicos y que toda profesión tiene riesgos que ni siquiera conocemos.

Comprender que el sentido de pertenencia, la cultura establecida del predominio de la estética y la competitividad, la infraestructura física, el equipamiento, la forma de organización y el sistema de relaciones intrapersonales, (directivos, profesores) e interpersonales con los alumnos y compañeros de trabajo, bien desarrollados son factores protectores y pueden marcar la diferencia para enfrentar las dificultades del ambiente externo de la facultad: Falla de los servicios, electricidad, agua, escasez de pacientes, accesibilidad y alto costo) pero que influyen en los resultados aquí esbozados, y marcan la diferencia entre la teoría y la práctica de la enseñanza de la Odontología.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Predomina el género femenino con una media de 20 años, solteros, sin hijos, no trabajan, los mantienen sus padres o se ayudan con becas.
2. Se incrementan los estudiantes con alteraciones de su salud mental y de la sensibilidad emocional al pasar de periodos de baja exigencia a alta exigencia académica en ambas cohortes.
3. Existe una diferencia significativa entre los positivos al Goldberg y la necesidad de ayuda psicológica en periodos y alta exigencia. en la cohorte U-2008 . Las causas de necesidad de ayuda psicológica en BE están dados por los problemas asociados en la carrera y en igual proporción los emocionales y económicos, para U-2010
4. El grado de satisfacción de los estudiantes de ambas cohortes y en periodos de BE y AE son similares. Sólo existe diferencia significativa con el Personal Administrativo y de Servicios que aumenta en periodos de AE.
5. La dimensión SEN de la ESE se correlaciona positivamente con todas las subescalas del HGQ-28 (A,B,C,D) y su puntaje global, la DE con la subescala A, y la SIP sólo con la subescala B en Baja Exigencia.
En alta exigencia la dimensión SEN de ESE y las subescalas del HGQ-28 se correlaciona positivamente con todas y aumenta con Depresión, mientras que las dimensiones DE y SIP no muestran correlación.
6. Se comprueba la hipótesis de que “El perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología de la Universidad de Los Andes difiere significativamente en situaciones de alta y baja exigencia académica.”

RECOMENDACIONES

1. La perspectiva de poder comparar y correlacionar los resultados en 4 continentes con culturas diferentes y situaciones socioeconómicas y políticas disimiles, así como en cada país donde sea posible como el caso de Venezuela, en tres universidades con diferentes características, en poblaciones objetivo diversas y en el caso particular de la ULA en las facultades y escuelas de la salud, beneficiarán la toma de decisiones y la inclusión de Programas de atención dirigidos a fortalecer la salud mental de los estudiantes y extenderlos a otras facultades e instituciones de nivel superior y hacerlo llegar a las autoridades del Ministerio de Educación Universitaria.
2. El Programa de Atención Integral al Estudiante de Odontología, brinda las herramientas necesarias para manejar adecuadamente el estrés académico y debe ser el centro de referencia para las demás facultades involucradas en esta investigación en la ULA.
3. La utilización del Modelo de los 4 cuadrantes de Wilber, permite comprender los problemas subjetivos individuales (percepción de la salud mental, manejo de emociones, medidos con el HGQ-28 y ESE) subjetivos colectivos, es decir relacionados con la cultura interna de la FAOULA, (infraestructura, competitividad, perfeccionismo, estética, valores, sentido de pertenencia) y en lo objetivo colectivo (la situación económica, social, política, de servicios del país y de la universidad)
4. Hacer del conocimiento del Vicerrectorado Académico y las autoridades de la FAOULA, de los resultados y posibilidades de esta investigación

teniendo como centro piloto el Departamento de Odontología Preventiva y Social a través de la Cátedra de Desarrollo Humano

.

5. Diseñar un proyecto socio-comunitario a través de la Comisión Central de Servicio Comunitario, para extender esta investigación al resto de facultades de la ULA y de las instituciones de Educación Superior de la región y del nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Reig, A., Cabrero J, Rosario I, Ferrer, M Martínez, R. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitario
Obtenido en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>

Al Nakeeb Z, Alcázar J, Fernández H, Malagón F & Molina B. (2004) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Universidad Autónoma de Madrid. [Acceso 08 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html>

Al Nakeeb, Z., et al. (2002) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. XV Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid.

Alcorta, A, Gonzalez, J, Tavitas, S, Rodriguez, F, Mohammdrez, H. (2005) Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de Medicina Mejjicanos. *Salud mental*, 28, (5).

Alejano, A., Almoguera, J., Arranz, E., Barbero, P., Gutiérrez, B., Herrera, I., y López-Botet, B. (1998) Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios: www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf.

Alonso E, Valdés A, Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). *INED*; 1

Álvaro, J., Garrido, A., Schweiger, I, (2010). Causas Sociales de la Depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS) Vol.68, nº 2, Mayo-Agosto, 333-348.*

Herrera, J., Llorente, V, Ortega., M, Pintado., J, Valdivia, M. (2000). "Evaluación del estado de Salud Mental en estudiantes de Medicina y su relación con factores académicos." Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Alva, O., Barrios, N., Antúnez, S. (2010). El miedo y la ansiedad desde la psicología evolucionista. *Sinopsis. Abril. 23 nº 44. Argentina.*

Arias F. (2006) *El proyecto de investigación introducción a la metodología*. 5ta edicion. Editorial Episteme.

Arias, C., (2011). La Sensibilidad Emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de Ayuda Psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis. Universidad de Los Andes. Intervenciones Terapéuticas. Trabajo para optar al grado de Doctor..Universidad Autónoma de Madrid.

Avila, E., Ballesteros, G., Díaz, P., García, MV, Pérez, M. (2004). "Evaluación del Estado de salud mental en estudiantes de Medicina Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid".

Ayerbe, L.M., Díaz, L., Escudero, T., Esquinas, S Fernández, MF., Fernández, L., González, T., González, M., De Jesús, M., Pérez, M y Santa María, A. (1998) "Salud Mental en estudiantes de Medicina. XI Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Baek H, Lee K, Joo E, Lee M, and Choi K .(2010). *Reliability and Validity of the Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale*

Baldwin PJ, Dodd M, Rennie JS.(1999) "Young dentist- work, wealth, health and happiness". *British Dental Journal*. 186: 30-6.

Ball S, Bax A. (2002) Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for firstyear medical students. *Acad Med*; 77:911–917.

Barraza A (2004), Estrés académico: un estado de la cuestión psicología científica, *com mexico*.

Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. (2003)"The burn-out syndrome and restoring health at the working place". *Psychother Psychosom Med Psychol*. 53(5): 213-22.

Becoña, E, (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 11, Nº 3, pp. 125-146*.

Benach Jhoan., Muntaner Carles (2005). *Aprender a Mirar la salud: Como la desigualdad social daña nuestra salud*" El Viejo Topo. España pp.28

Benassi L., López M^aR., Poveda J., Pastor V., Santa-Maria A., Rodríguez Fernández M^a. I. (2003) Relación entre Percepción del entorno académico y estado de salud mental. Análisis multifactorial, 1999–2003. *Educ. méd, 6 (.3) Barcelona - España*.

Benassi, M.L., Fabra, S., Gil, A., González, E., López, J., Pradera, L. (2003) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios de Medicina de la UAM. XVI Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Bermúdez MP, Álvarez IT & Sánchez A. (2003). Análisis de la relación entre la inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologic.*; 2: 27-32

Bermúdez MP, Álvarez IT & Sánchez A. Análisis de la relación entre la inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologic.* 2003; 2: 27-32.

.Breilh J. (1980).Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Ecuador: SESPAS; :113-7

.Breilh J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* Buenos Aires, Argentina,.

Brundtland H. (2000). Global Perspectives on Mental Health. Office of the Director General. World Health Organization;Septiembre.

Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). *INED NO 11.*

Canales,M y Peinado, A (1995). Grupos de Discusión. En J.M.Delgado y J. Gutierrez . *Métodos y y técnicas cualitativas de Investigación en ciencias sociales* (pp. 267-316). Madrid..

Cano A, Tobal J.(2001) *Emociones y salud. Ansiedad y estrés.* 7.

Carmona, M; Rodríguez, M. (2010). Sentido de la vida, Inteligencia emocional y Salud mental en estudiantes universitarios. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. www.interpsiquis.com -.Psiquiatria.com

Carrión, S. (2005). *Inteligencia Emocional con PNL.* Guía práctica para conseguir salud, inteligencia y bienestar emocional. editorial EDAF, S.A. Madrid. España

Castillo, D., Díaz, V A y Mejía, M A. (2006). Estimular la inteligencia ética en la educación médica. *Rev. Vzlna. de Soc. y An,* 16 (47), 675-684. *Obtenido de*

WorldWideWeb:<http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-30692006000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-3069.

Castillo-Vilca, M., Prado-Mendoza¹, Ch., Vega-Dienstmaier, J. (2010). Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. (*Rev Neuropsiquiatria*; 73:9-14).

Colgan Y, Turnbull DA, Mikocka-Walus AA, Delfabbro P.(2010) Determinants of resilience to cigarette smoking among young Australians at risk: an exploratory study. *Tob Induc Dis*; 8: 8:7.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe.(1999) *Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe*. Nueva York, Naciones Unidas.

Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).(2003). *Depress Anxiety*, 18(2):76-82.

Cooper C, Watts J,Kelly M. "Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental parctioners in the UK". *British Dent Journal*. 16: 77-81.

Cornejo M & Lucero MC. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*.; 12:143-153.

Coronado, A., Pereira, M. (2007). " Programa de atención Integral al estudiante de Odontología". Cátedra de Desarrollo Humano. Facultad de Odontología. ULA: Mérida. Venezuela.

Cyrulnik B. (2002) *Los patitos feos*,. En: Castro M, Llanes J y Carreño A. Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna. Su relación con el riesgo psicosocial acumulado en bases de datos de estudiantes mexicanos de educación básica, media superior y superior. 2009. iberAddictus. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo.

De la Torre, S., Tejada, J (2006). La Dimensión emocional de la Formación Universitaria. Profesorado. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 10, 2. *Barcelona, España*.

Del Rio.(2009) ¿Qué es la resiliencia?. *Medicina y cultura*; 25(3): 1-3

DeWitt C, Baldwin DC, Daugherty SR, Beverley D, Rowley BD, Schwarz M.(1996) Cheating in medical school: a survey of second year students at 31 schools *Acad Med*; 71:267–73

Durkheim E (1998). *El suicidio*. 5a ed. Madrid

Durkheim E. (1995) *La division del trabajo social*. 3a ed. Madrid.

Dyrbye L, Power D, Massie F, Eacker A, Harper W, Thomas M, Szydlo D, Sloan J , Shanafelt T.(2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ* 2010; 44 (10):1016-26.

Enns MW, Cox BJ, Sareen J, Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ* 2001; 35:1034-42

Extremera N & Fernández-Berrocal P. (2009) El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2004. [Acceso 13 de mayo de 2009]; 6. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>

Feldman, L, Goncalves L, Chacón , Grace P; Z, Pablo J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol* 7(3):739-751

Feldman, L., Goncalves, L., CHacón-puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N y De Pablo, P. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol*, 7,(3),739. *Obtenido de* http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000300011&lng=es&nrm=iso

Florenzano,R (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Stgo: PUC.

Flores, Maiquí (2009) Los Determinantes de la salud. Instituto de Altos Estudios de Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón” Maracay. Venezuela (módulo de Gestión I)

Fodor, A, De la Parra, G, (2007) La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones *Revista Dental de Chile*; 99 (3) 21-26

Frankl, Viktor. (1997) *El Hombre en busca de sentido*. Editorial Herder. Barcelona. España.

Fredrickson, B.L. & Tugade, M.M. (2003) What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2) 365-76

Freeman.R.(1999) "Barriers to accessing dental care: dental health professional factors". *Br. Dent. J.* .187: 197-200. *JADA*. 2001. 132: 629-38.

Friedlander,A., Mahler, Michael.(2001) "*Mayor Depressive Disorder;Psychopathology, medical management and dental implications*".

Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C, González, I., Sepúlveda, R. & Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.

Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Número 29.288. Caracas, 10 de agosto de 1970 EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA Ley Ejercicio de la Odontología.

Gaceta Oficial N° 36.860 del 30 de Diciembre de 1999 – Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

García CR. (1999) Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 15: 88-97.

García, Y (2001). Factores de Riesgo más destacados que contribuyen a la situación de estrés en los alumnos de la Clínica odontológica El Molinito de la Carrera de Cirujano Dentista de la FES Iztacala en la práctica Clínica. México,

Gardiner, M. (1994). El icono dañado: una imagen para nuestro tiempo. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Givens JL, Tjia J.(2002) Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*; 77:918–21.

Goldberg DP, Bridges KW. (1987), Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 37:15-18.

Goldberg, D. Williams, P (1996) *Cuestionario de salud general (GHQ)*. Ed. Masson,

Goleman D. *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos; 1996.

Góngora, V., Casullo, M (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria v.26 n.2 Buenos Aires ago./dic*.

González de Rivera J, Morera A, Monterrey A.(1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica. *Psiquis*; 10: 20-27

González de Rivera, JL (2006) *Crisis emocionales: como salir airoso y reforzados de nuestras crisis*. Editorial Espasa Calpe, S.A. 1ª edición. Madrid.(pag 68-78)

González-Pinto A, Ylla L, Bulbena A, González de Rivera J, Zupiría X, Iturriaga I.(1994) Factores de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios. *Anales de Psiquiatria*; 10: 270-283.

Granda E. Algunas reflexiones a los 24 años de ALAMES. *Medicina Social*. 2008;3(2).

Greca A.(2007). Fisiología de la emoción. Artículos Especiales. Publicación digital. 2007: 1-4. www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option... En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Grills-Taquichel A, Norton P, Ollendick T (2010). A longitudinal examination of factors predicting anxiety during the transition to middle school. *Anxiety Stress Coping*; 23(5):49.

Grotberg E (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En: Castro M, Llanes J y Carreño A. Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna. Su relación con el riesgo psicosocial acumulado en bases de datos de estudiantes mexicanos de educación básica, media superior y superior. 2009. LiberAddictus. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo.

Guariglia Osvaldo (2006). *Una Ética para el Siglo XXI.* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina. Primera reimpresión.

Guarino, R., Feldman, L y Roger, D. (2005). La diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos. *Psicothema*, 17, 639-644. *Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3158.pdf>.*

Gurméndez, C. (1984) *Teoría de los Sentimientos*, México, D.F. Fondo de la Cultura Económica.

Hendrix,W (1986) "Dental Stress Model and Assesment Questionnaire". *Dental Clinics of North America*.. 30: S1-S10.

Henry M, González de Rivera J, De las Cuevas C, González I, Gracia R, Abreu J, Rupérez F, Garzón E.(1991) El índice de reactividad al estrés en pacientes asmáticos crónicos. *Psiquez*; 12: 249-254.

Hernández, L , Carrasquero, A Coronado J (tutor) (2009) *Apreciación del estrés de los estudiantes de odontología de la Universidad de Los Andes: Trabajo de grado para obtener el título de Odontólogas Mérida.*

Hernández, R., Fernández ,C., y Baptista L.(2006), *Metodología de la Investigación*. Ed. McGraw-Hill. 4ta Ed.México.

Herrera V, Guarino L.(2008) Sensibilidad emocional estrés y salud percibida por cadetes navales venezolanos. *Universitas Psychologica*, Enero-abril, año/vol. 7, numero 003 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia

Hesse-Biber, Sh., Marino, M., & Watts-Roy, D. (1999). A longitudinal study of eating disorders among Al Nakeeb. Z., Alcázar, J., Fernández, H., Malagón, R, & Molina, B. (2004). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. [Documento HTML]. Disponible en web: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html>

Hjemdal O, Vogel P, Solem S, Hagen K, Stiles T.(2010) The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother.*

Hojat M, Robeson M, Damjanov I, Veloski JJ, Glaser K, Gonnella JS. (1993). Students' psychosocial characteristics as predictors of academic performance in medical school. *Acad Med* 1993; 68:635–37.

Human Developmente Indices: A Statiscal update 2010 New York: United nations Development Programme, 2010. Acceso en: Jan 2011, enlace: [http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdades_reportagens/index.\)](http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdades_reportagens/index.).

IADB, UNDP, Government of Brasil, CEPAL, World Bank, Brasilia Declaration: Proposal for Implementing the Millennium Goals, November 17, 2003. Ibidem, nota 1 página 3.
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=21&IdArticulo=453>

Landero R, González M.(2006). Síntomas psicossomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de psicología social* 2 (21): 141-152.

León,J y Medina,S (2001) “*Psicología de la Salud*” Fundamentos teóricos y metodológicos en Chile.

Lobo A, Pérez-Echevarría MJ & Artal J. (1986. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population *Psychological Medicine.*; 16: 135-140.

López, N. (2010). Lo que las Escuelas de Odontología pueden aprender de la experiencia de estudiantes de Colleges indo americanos. *Journal of Dental Education.* .Vol 74. No. 4. 381-391.

López Moreno S (1998). Acerca del Estatuto Científico de la Epidemiología. *Salud pública. México*; 40(5): 389-91

Maldonado, G., Joffre, V., Cruz, L, Lin (2007). Evaluación del estado de Salud Mental en estudiantes universitarios. *ACMEON.* 13:40-47

Manciaux, M., Vanistendael, S. Leconte, J y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En Alonso E, Valdés A, Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). *INED NO* 11.

Martín, I. (2007). Estrés en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología. ene, vol.* 25, n° 1. [citado 13 Marzo 2008]. Disponible en la World Wide Web: ISSN 0213-3334.

Martínez-Otero, Valentín (2007). *La Inteligencia Afectiva: Teoría, Práctica y Programa*. Editorial CCS. Alcalá. Madrid.

Matud M, Díaz F, Rodríguez V, Matud J.(2003) Diferencia de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología clínica legal y forense*; 3(1): 5-15.

Mc Whinney Y. (1995) *Medicina de familia*. Madrid: Morby/Doyma Libros.

Merton RK (1938) Social structure and anomie. *Am Sociol Rev*;3(5):672-682.

Miguel, M, G., Lluch, MT, En Novel (2000). *Relaciones interpersonales., Enfermería Psicosocial y Salud Mental* (pp. 11-17).Barcelona. España: Editorial MASSON

Molina, L., Perez, S., Suarez, A et al.(2008), La importancia de formar en valores en la educacion superior. *Acta odontol. venez. [online]. mar. vol.46, no.1* [citado 04 Septiembre 2011], p.41-51. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.

Monzón I, (2007). Estrés Académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología* 25, (1), 87-99. Universidad de Sevilla,

Morales, F. (2010).Tesis Doctoral Estudio de Salud Mental en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Muirhead, V. y Locker, D. (2007). Canadian dental students' perceptions of stress. *Journal Canadian Dental Asociation* .73, (4) 75

Navarro, E (2010). Factores asociados al rendimiento escolar. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653)

Nishi D, Uehara R, Kondo M, Matsuoka Y.(2010) Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Res Notes* 17(3): 310.

O.M.S. (1961), La Enseñanza de la Psiquiatría y la Higiene Mental a los Estudiantes de Medicina. IX Informe del Comité de Expertos en Salud Mental.

O.M.S. (2008) Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Washington.

OMS. 38.a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo: LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS METAS DE SALUD. washington, d.c., eua, 24 al 26 de marzo de 2004 Punto 5 del orden del día provisional SPP38/4 (Esp.) 18 febrero 2004

Oramas A, Santana S & Vergara A.(2006) El Bienestar Psicológico, un indicador positivo de la Salud Mental. *Revista cubana de salud y trabajo*. 7: 34-39.

Pallavicini, J; Venegas, L; Romo, Omar (1998). Estres en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile / Stress among medical students of the Universidad Católica de Chile *Rev. psiquiatr. clín. (Santiago de Chile)*; 25(1):23-9.

Parales-Quenza, C (2008), Anomia Social y Salud Mental Pública. *Rev. salud pública*. 10 (4):658-666.

Pastor Y Aldeguez, V., et al.(2000). Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de Medicina de la UAM. *Educación Médica*;3 (3):122-131.

Páucar M. (2009) Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de Pedagogía*; 31 (88):1-7

Perales A, Sogi C y Morales R. (2003) Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 64, (4): 239 – 246.

Peralta,S., Ramírez, A. y Castaño, H. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre (Colombia). *psicología desde el Caribe issn 0123-417X N° 17, julio*

Pereira, Ana (2003), Planificación estratégica. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de medicina. ULA. Mérida, Venezuela (Guía de contenido)

Poveda J. Locura y Creatividad. (1981) Introducción a la Psicopatología. 1era edición. Editorial Alhambra, España. Pp 85-90

Pozos, E., Zaragoza, S., Aguilera., Acosta, M., Torres, T y Ramírez, M. (2011) El Cirujano Dentista ante el estrés no percibido como un Riesgo ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*;12(1):10-510

Prada, E. (2005) Psicología Positiva & Emociones Positivas. Psicología Positiva.com acceso 08 de agosto de 2011; disponible en: www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf

Prensa ULA, CDCHT-ULA, Yamile Cárdenas, 24-9-2007.

Prieto, A. (2002). Salud Mental: Situación y tendencias. *Rev. Salud pública*. 4(1):74-88.

Ramis, R y Sotolongo, P . (2009) .Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4): 65-77

Regina, A., F. Furegato, M., C. Ferreira, C., y Lobo, M (2009). Comparando conocimientos y opinión sobre depresión entre enfermeros de los servicios de salud. *Rev. salud pública*. 11 (2): 200- 211

República Bolivariana de Venezuela.(2007) Plan Nacional Simón Bolívar. 2007-2013. Venezuela.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA-Gabinete Social (2004) Metas del Milenio para Venezuela. Naciones Unidas Venezuela, Primera Edición Impreso en Venezuela por Libros Comala.com, C. A

Retter, Michael.(1993) *La "Resiliencia"*: Consideraciones Conceptuales. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Reyes,F, Castillo, M, Espinoza,G, Zapata, D.(2009) *Modelos teóricos de salud mental*. Universidad de Concepción .Chile.

Rincón L, Guarino L (2008) Estrés laboral, afrontamiento. Sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos *Revista Colombiana de psicología* Nº 17 disponible en: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80411803003.pdf

Rodríguez A.(2005) Modelos de la relación Médico – Paciente. Reflejo de la Deshumanización de la salud.. Obtenido en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsMédica/ArsMédica12/Modelos.html>

Rojas G, Misrachi,C (2004) Impacto del Ejercicio Profesional en la Salud Mental del Odontólogo .*Revista Dental de Chile*; 95 (1): 38-40

Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, MaY, Hebert JR.(1997) A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med*; 72:542.

Rutter M.(1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*; 57:316–331

Saavedra, E., Villalta, M (2008), Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit v.14 n.14 Lima*.

Saavedra, E.,(2010). Resilience characteristics measurements, a comparative study of people between 15 and 65 years old. Universidad Católica del Maule – Chile

Saikeu, K.(2009) *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. (2 da. Ed. Mexico. Manual Moderno. En Alonso E, Valdés A,

Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S., y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, vol. 21, nº 1 (junio), 170-180

Salebeey, Dennis. (1996) *The Strengths Perspective in Social Work Practice*

Salgado L. (2005) Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana,: Lima (Perú).

Salinas P, Pérez M. (2001) *Iniciación practica a la investigación científica*. 2da edición. Consejo de publicaciones de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

Schmidt, V. *, Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L, Blum, G.D., y Pedrón, V (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología ISSN 1818-1023 Vol.11 No.2*

Scoville, M., (1942). Resiliencia. *The American Journal of Psychiatry*. Nov- Nº 99.

Soria, M., Martínez, I., Esteve, E., Gumbau, S., y Gumbau, R. (2005) Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *anales de psicología*, vol. 21, nº 1 (junio), 170-180

Spiegel DA, Smolen RC, Hopfensperger KA.(1986) Medical student stress and clerkship performance. *J Med Educ*; 61:929–31.

Stewart SM, Lam TH, Betson CL, Wong CM, Wong AM.(1999) A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ*; 33:243–50.

Susser M, Susser E. Choosing a future of Epidemiology. Part II. From black box to Chinese boxes and ecoepidemiology. *Am J Public Health*. 1996;86(5):674-7

Tafet E.(2008) Psiconeurobiología de la Resiliencia. *Acta Psiquiát Psicol Am Lat*; 54(2): 000-000.

Tjia J, Givens JL, Shea JA. (2005). Factors associated with undertreatment of medical student depression. *J Am Coll Health* 2005; 53:219–24.

Turley M, Kinirous M, Freeman R. (1993) Occupational stress factors in hospital dentists. *Br Dent J*; 8:285–8.

United Nations Statistics, División, Departament of Economic and Social Affairs, Millenium Development Goals indicators 2010 acceso en fev.2011. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/dat a.aspr>),

Vaishnavi S, Connor K, Davidson J. (2007) An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res*; 152(2-3): 293–297.

Vanistendael, S.(1994) La Resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. 1994. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Varela, Julia (2008), Inequidades en salud. IAESP. Maracay. Venezuela

Vargas, E., y Vergara, M. (2008). Síntomas psiquiátricos y personalidad en alumnos de internado de pregrado y servicio social de una escuela de medicina privada.

Vásquez, J. (2000), La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Vázquez C & Hervás C.(2008) Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En Psicología Positiva aplicada. Bilbao: Desclee de BroV-Ñwer; p. 17-39.

WHO.(2001) Strengthening mental health promotion [Fact sheet 220]. Geneva: WHO; p. 1.

Wilber K. (2000) *Una visión integral de la Psicología*. México, Editorial ALAMAH,

Wilber K. (1997) An Integral Theory of Consciousness. *Journal of Consciousness*

Wolin, S.j. & Wolin S.(1993) The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. New York: Villard. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.

Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. (1986) Depression among medical students. *J Affect Disord* 11:91–96.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando la profesora Dra. Ana Carlota Pereira Colls de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. Con el propósito de evaluar la Salud Mental y la Sensibilidad Emocional de los Estudiantes de Odontología, en situaciones de Baja y Alta Exigencia Académica.

Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada con fines de investigación.

Entiendo que fui elegido/a para ésta investigación por ser estudiante de esta Facultad. Además doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial, de manera que no se revelara a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, incluso después de llenar la encuesta.

Además afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la profesora ANA CARLOTA PEREIRA COLLS, Investigadora responsable del Estudio: Departamento de Medicina Preventiva y Social al número de teléfono (0274) 2403575-3577.

Fecha: _____

Firma del (de la) Participante

Firma del Investigador Principal

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL E INTERVENCIONES
EN CRISIS SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
2011

Carrera: Medicina _____ Enfermería _____ Odontología _____
Núcleo: _____ Año/Semestre: _____
Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Edad _____
Estado Civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____
Unión Libre _____
Tiene Hijos/as? Si _____ No _____ Cuantos? _____
Embarazo Actual? Si _____ No _____
Con quién vive usted? _____
Trabaja? Si _____ No _____ Becado/a? Si _____ No _____
Quién le apoya económicamente? _____
Actualmente tiene problemas familiares? Si _____ No _____
Especifique:

Actualmente repite o arrastra alguna materia? Si _____ No _____
En su diario vivir tiene algún aspecto que la preocupa? Si _____ No _____
Especifique:

Ha tenido la experiencia de padecer algún problema de salud grave?
Si _____ No _____
Usted _____ Familiar _____ Amigo _____
Especifique:

INSTRUCCIONES

1. Por favor lea con detenimiento.
2. Señale claramente la opción elegida.
3. El cuestionario es anónimo. Se garantiza la confidencialidad, y los datos solo serán tratados de manera colectiva.
4. Una vez finalizada la investigación, los resultados serán publicados.
5. Muchas gracias por su colaboración.

Edad

Nº de Identificación

(Por favor escriba las cinco últimas C.I. en el Recuadro)

Curso Académico:

Sexo: Hombre Mujer

Cuestionario de Salud General de Goldberg –GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de Salud y en plena Forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo/a?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual

<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido doleres de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
SUBTOTAL A <input type="checkbox"/>	SUBTOTAL B <input type="checkbox"/>

C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Mas activo/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto

<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	D.4 ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de un medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho/a	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo

q lo habitual	habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado
SUBTOTAL C	SUBTOTAL D

AYUDA PSICOLÓGICA

1. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

A lo largo de la carrera: ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

2. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

A lo largo de la carrera: ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

3. En la actualidad, ¿está utilizando algún recurso atención psicológica y/o psiquiátrica? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

4. En la actualidad, ¿creé necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

5. Si recibe o cree poder beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica, ¿cuáles son las principales razones que le llevan a necesitar esta ayuda? (puede señalar más de uno si procede):

- ☐ Problemas emocionales (pareja, amistades, separación. Violencia
- ☐ Problemas familiares (muerte, divorcio, separación, violencia, ...)
- ☐ Problemas asociados con la carrera (desmotivación, decepción, sobrecarga, hostilidad, estancamiento, frustración, pérdida de confianza en la propia valía...)
- ☐ Problemas económicos (pérdida del puesto de trabajo, desempleo, autofinanciamiento de los estudios, pérdida de beca, ...)